

# 問診票

受付日 年 月 日

氏名 (フリガナ)

生年月日 S・H 年 月 日

住所 〒

電話番号

いつから・どのような症状がありますか？

既往歴 (今までにケガや病気で入院や手術をしましたか)

現在、他院にて治療中・飲んでいる薬がありますか？ (○印をつける)

ある          なし

アレルギーはありますか？ (○印をつける)

ある          なし          食品          薬