

問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別/年齢	男・女	歳
氏名		血液型		
生年月日	年 月 日	体重	kg (小学生以下の方)	
郵便番号				
住所				
電話番号		携帯電話		

◆ 当院（あさみ医院）は初めてですか？ 初めて 2回目以降

◆ どんな症状ですか？症状をご記入ください。

◆ その症状はいつごろからですか？

- 今朝から 昨日から 数日前から
 一週間以上前から その他（_____から）

◆ これまでに病気やケガで入院されてことはありますか？

- ある いつ：_____年 月ころ、病名：_____
 ない

◆ 現在治療中の病気やケガがありましたらご記入ください。

- ・病名：_____、いつから：_____、病院名：_____
・病名：_____、いつから：_____、病院名：_____
・病名：_____、いつから：_____、病院名：_____

◆ 現在服用中のお薬はありますか。

- ある ない

◆ お薬の名前をお書きください。お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

◆ アレルギー（薬・食べ物・花粉等）はありますか？

- ある それは何ですか：_____
 ない

◆ これまでにかかったことのある病気（感染症含む）を教えてください。

- ・病名：_____、いつ頃：_____
・病名：_____、いつ頃：_____

◆ その他、気になること・ご要望がありましたらご記入ください。

◆ 請求書の明細内訳は必要ですか？ 必要 不要