

問 診 票

(診察時の助けにすため、初診の患者さんにお尋ねしております)

受診される方のお名前	生年月日	年齢	性別
ふりがな	T・S・H・R	歳	男・女
住 所	電 話 番 号		

- ・どのような症状でお困りでしょうか？
- ・その症状はいつ頃から始まりましたか？またその症状に変化はありますか？
- ・同じような症状の方がご家族・ご親戚にいますか？
- ・今の症状で他の医療機関にかかったことはありますか？
- ・今までにかかった病気はありますか？
- ・現在内服している薬やサプリメントはありますか？
- ・お薬や食べ物などのアレルギーはありますか？
- ・介護保険は申請されていますか？（65歳以上のみ）
- ・現在、妊娠や授乳はされていますか？（女性のみ）

【ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。】
医療法人社団 緑が丘クリニック