

問診票

ふりがな 氏名	(歳) 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
TEL	
住所	〒

※お知らせを送らせていただく場合がございます。郵送厳禁な場合はお申し出下さい。

1. 当院は何でお知りになりましたか？

- インターネット(検索ワード：) 看板 通りがかり
知人・家族の紹介(名前： 様) 他院からの紹介(病院名：)
薬局の紹介(薬局名：) その他()

2. どちらの科を受診されますか？

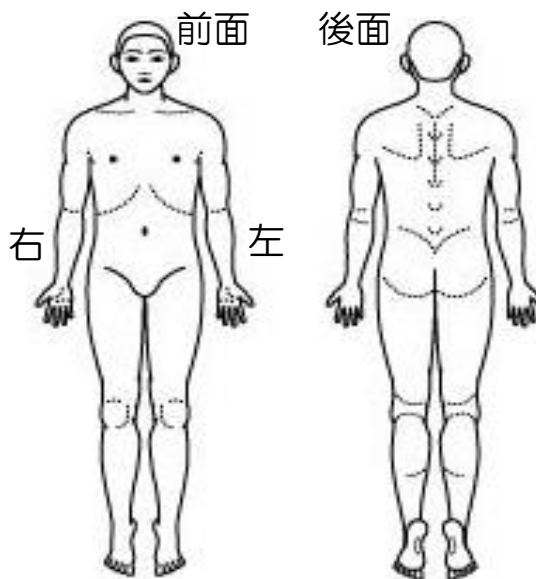
内科 整形外科(ペインクリニック)

3. どのような症状ですか？

- 体の痛み・シビレ(腰・膝・首・肩・頭・顔・肘・手・足・背中・その他)
帯状疱疹 顔面けいれん 顔面麻痺
高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 肥満外来
熱(℃) 下痢 鼻水 咳・痰 のどの痛み
便秘 物忘れ 花粉症 腋窩多汗症 禁煙外来
予防接種 健診で異常指摘 顔のシワ その他

4. 痛みシビレの方、部位を図示して下さい→

5. 伝えたいことがあればご記入ください



6. 現在治療している病気はありますか？

いいえ ・ はい(高血圧 糖尿病 その他)