発行日

NO.

問診表

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | （　　歳） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | －　　　　　　― |
| 携帯番号 | －　　　　　　― |

* 本日はどこが痛みますか？
* どのような痛みですか？
* 痛みはいつからですか？
* ほかの病院で診察を受けたことがありますか？
* 現在お薬を飲まれていますか？
* アレルギーはありますか？