

問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳
住所	〒	電話番号	()
		携帯番号	()

1. 本日はどうなさいましたか？

いつから() 部位()

相談内容()

思い当たる原因はありますか？

いいえ ・ はい()

職場・通勤中の事故または怪我ですか？（労災） いいえ ・ はい

交通事故ですか？（自賠償） いいえ ・ はい

2. 現在、内服中の薬はありますか？

いいえ ・ はい（お薬手帳をお出し下さい）

3. 今までに大きな病気・入院・手術をしたことはありますか？

いいえ ・ はい()

4. 薬・食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい()

5. 女性のみお答え下さい。

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい（予定日： 月 日）

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

6. 当院を何で知りましたか？ ()

7. 領収書とは別に、医療費明細書（無料）は必要ですか？

いいえ ・ はい

ご記入ありがとうございます。受付にご提出下さい。 松井クリニック