

問診票



氏名 (カタカナでご記入ください)

〒 (郵便番号は必ず書いてください)

住所

電話番号

緊急連絡先電話番号

性別 (男 ・ 女) 年齢 歳

職業

今日はどうしましたか？

(すべて書いてください。後で質問があった場合、その内容に関しては順番が最後になります。)

体の部位 (場所)

症状 (詳しく書いてください)

過去や現在の病気、使用中のお薬やアレルギーのあるお薬、妊娠の有無など気になると思われる事を教えてください。
