問　診　表

ふりがな			生年月日	大正　昭和　平成 年　月　日
氏　名		男 女		
住　所 〒　　－			電話番号	(　　)
			緊急連絡先	(　　)

☆ どのような症状ですか？

☆ 今までに注射や飲み薬、またはその他アレルギーがありますか？

☆ たばこ　　なし　　あり　　歳頃から　　本/日

☆ アルコール　　なし　　あり　　歳頃から　　合/日

☆ 過去に大きな病気、手術等はされましたか？

☆ 家族で重大な病気や慢性の病気にかかった方がいますか？

☆ 当院をどのように知りましたか？

ご自宅の近く　　知人の紹介　　ホームページを見て　　広告を見て

その他(　　)