

記入日
____年 ____月 ____日

問診表

NO. _____

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？
- その他に気になる所はありますか？