

一般診療の患者様 問診票

記入日：令和 年 月 日

お名前	昭和・平成 令和		年	月	日生まれ
		年齢	歳	保険	社会保険・国保	
ご住所	〒		ご連絡先	□ご自宅 □携帯電話		

1. どんな症状ですか？

具体的にご記入ください

2. いつから症状がありましたか？

平成・令和 年 月 日 午前・ 午後 時頃から

3. 症状は

しいに重く(酷く)なってきた しいに軽く(楽に)なってきた ずっと変わらない

4. 検査をご希望ですか？

いいえ はい 検査内容()

5. お薬をご希望ですか？

いいえ はい お薬名() アレルギー: あり なし

6. 現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

いいえ はい 妊娠()ヶ月