問 診 票

年　月　日 記入

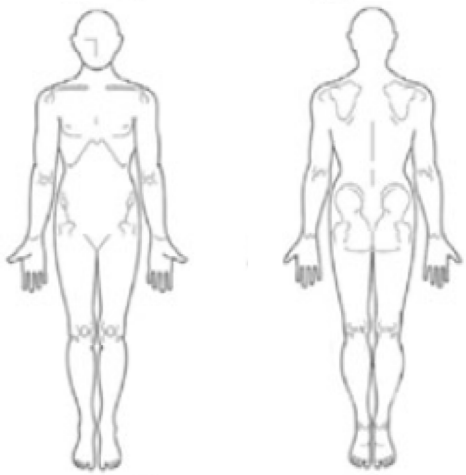
フリガナ 氏 名：	日中連絡が取りやすい 電話番号　：（　）　－

生年月日：明・大・昭・平　年　月　日（　）歳	身長：　cm	体重：　kg

〒　－ 住所 ：	男・女
職業 ：	

今日は何科の受診を希望していますか？　泌尿器科 ・ 内科 ・ 皮膚科

皮膚科を受診される方は
患部に印をつけて下さい



どのような症状でしょうか？

それはいつ頃からですか？

今病気を抱えていて、通院をしていますか？　はい ・ いいえ

病名：　　病院名：

現在服用している薬はありますか？　はい ・ いいえ

詳細

今まで大きな病気、または手術の経験はありますか？　はい ・ いいえ

詳細

飲み薬・食べ物などのアレルギーがありますか？　はい ・ いいえ

詳細

妊娠している可能性はありますか？　はい ・ いいえ

当院をなにで知りましたか？　インターネット・雑誌・看板・他（　　）

注意：泌尿器科を受診の方は診察前に排尿しないで下さい
お薬手帳をお持ちの方は医師に提示してください

医療法人社団　セントメリー飯田橋中村クリニック