

問 診 書

平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	男 ・ 女
明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	
年 月 日生 (才)	
住所 〒	
職業	
電話 — —	
方 自宅 携帯	

下記の選択欄は○印でご記入ください。

社会保険 ・ 国民保険 ・ 工作中(労災) ・ 交通事故 ・ その他		
受診科目		
外科 ・ 内科 ・ 胃腸科 ・ 肛門科 ・ 整形 ・ 皮膚科 ・ その他		
本日の症状		
既往歴(今までの病気)	現在服用している薬	薬でのアレルギー
その他アレルギー	喘息	妊娠
	有 無	有 無
		授乳
		有 無

本日当院へ来られたきっかけを○印でご記入ください。

駅看板 ・ 電柱広告 ・ ご紹介 ・ インターネット(当院ホームページ ・ ここからだ ・ その他) その他()
--

佐藤外科内科胃腸科クリニック