

問 診 票

年 月 日

仁木医院

| | | |
|----------------------------------------------------------------|--------|------------|
| ふ り が な | | |
| お 名 前 | | 男 ・ 女 |
| 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 月 日生 | 才 |
| 住 所 | 〒 - | |
| T E L | | |
| 携 帯 電 話 | | |
| 家 族 の 連 絡 先 | | |
| どうされましたか いつ頃からですか | | |
| 今まで大きな病気はありますか（喘息など具体的に） | | |
| 薬をのんで副作用が起きた事がありますか（ピリンアレルギーなど） | | |
| 飲 酒 | ／日 | 喫 煙 本／日 |
| 現在妊娠中 | はい いいえ | 授乳中 はい いいえ |
| 当院をどこでお知りになりましたか インターネット 駅等の広告を見て 地図・タウンページなどを見て そのほか（) | | |