

問診票

ふりがな お名前							
年齢	歳	生年月日	年	月	日	性別	
ご住所	〒						
お電話番号							

本日来院された理由

・あてはまる箇所にチェック を入れてください

発熱() 鼻水・鼻づまり 咳 痰 咽頭痛 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛
 他()

・細かい症状をお書きください

例)一週間前から胃がなんとなく重い感じがする。微熱が続き、体がだるい。熱はないが咳が長く続く。ねむれない。など。
(問診票に書きたくない場合には、医師の問診の際に直接お話しください)

いつごろから症状が始まりましたか？

現在服用中のお薬 ※お薬手帳があれば持参してください。

今までに服用していてアレルギーを起こした事のあるお薬

【女性の方にのみお伺いいたします】 ※あてはまる箇所にチェック を入れてください

妊娠している 授乳中である

ご記入していただきました個人情報は厳密に扱い、当院での診療及び治療などの業務以外に利用することはありません。当院に初めて来院される方は、保険証とこちらの問診票を受付にてお渡しく下さい。当院は予約制ではございません。お待ちいただくこともございますのでご了承ください。

医療法人

メディカルオフィス齋藤



0283-22-0524

消化器内科(胃腸科)/循環器科/呼吸器科/脳神経内科/アレルギー科
〒327-0023 栃木県佐野市相生町24-1