

問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
お名前 _____

Q1. 本日、どのような症状でいらっしゃいましたか？

Q2. その症状がでてから本日までの経過をご記入ください。

Q3. 女性の方のみお答えください。

・妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

・授乳中ですか？ はい いいえ

* 今回の受診に際してご希望がありましたらご記入ください。