

問 診 表

平成 年 月 日

初診の方は、下記の事項を御記入下さい。

住 所

ふりがな

氏 名

T E L ()

生年月日 明・大
昭・平 () 才

1. 当院にはどういった症状のため来院されましたか？

()

また、その症状はいつ頃より起こりましたか？

(年 月 日頃より)

2. 今までに薬や注射で じんま疹やショックなど起したことがありますか。

ない・ある ()

3. 今までに手術や大きな病気にかかったことがありますか。

ない・ある ()

4. 現在服用中の薬がありますか。

ない・ある ()

5. 女性の方にかぎりお答え下さい。(投薬・検査・レントゲン)

(1) 現在妊娠または妊娠の可能性がありますか。

ない・ある

(2) (1)で あると答えた方のみ答えて下さい。

最終月経 (月 日より 日周)

正木脳神経外科クリニック

(DDまっぷホームページより印刷)