

問 診 票

フリガナ
お名前 _____ 生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日

ご住所 〒 _____

お電話番号(ご自宅) _____ (携 帯) _____

ご職業 _____

① お困りの症状は何ですか？ その症状はいつ頃からですか？

② こちらは漢方専門の診療所です。漢方薬を主とした治療を希望されますか？

はい ・ いいえ (一般内科 ・ 皮膚科 を希望)

③ これまでにかかったことのあるご病気はありますか？

ない ・ ある ()

④ 現在、他の病院やクリニックで治療中のご病気はありますか？

ない ・ ある ()

⑤ 現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある ()

⑥ これまでにアレルギーの症状や薬の副作用が出たことはありますか？

ない ・ ある ()

⑦ 漢方薬をお飲みになったことはありますか？

ない ・ ある ()

⑧ 女性の方にお聞きします。現在、妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

ない ・ ある (週)

⑨ どこで「つくし診療所」をお知りになりましたか？

インターネット ・ 病院の紹介 () ・ 家族の紹介 ()
知人や友人の紹介 () ・ 近所 ・ その他 ()

⑩ 他にご希望やご要望がございましたら、ご自由にお書き下さい。