

# 問診表

年 月 日

ふりがな：	性別： 男 ・ 女
お名前：	家庭状況： 未婚 ・ 既婚
	お子さん： 男 人 / 女 人
生年月日	年 月 日
住所：	
メールアドレス：	
連絡できる電話番号：	
気になる症状：	
今、病院でかかっている病気や健診で引っかかったこと：	
飲んでいるお薬：	
過去の大きな病気・ケガ：	
アレルギー：	

※上記は必ずご記入ください。

飲酒：なし ・ 毎日 ・ 時々

喫煙：なし ・ 本/日

治療のキッカケ

ホームページを見て ・ お知り合いからのご紹介（ ） ※よかったらお名前を。  
 ・ そのほか（ ）