

問診票

・お名前をフリガナ付きで御記入おねがいたします。

フリガナ

生年月日

お名前

T・S

H・R

年 月 日

・郵便番号と住所、御自宅の電話番号の御記入をおねがいたします。

郵便番号

-

住所

電話番号

-

-

・本日はどういうことで来院されましたか。一番お困りのことを教えてください。

・それはいつごろから起こりましたか。

・悪化していますか。同じですか。改善していますか。

・他にお困りのことがございましたら教えてください。

・妊娠している可能性のある方、授乳中の方はお知らせ下さい。