

カルテNO. _____

問 診 票

記入日 年 月 日

(フリガナ) 名 前	男 ・ 女	生年月日	
住 所		電話番号	
保険証以外の限度額証、 医療証、こども医療証など お持ちですか？	あり ・ なし		
今日は、どうされましたか？ (できるだけ詳しく)			
いつ頃からですか？			
現在服用されている 薬名をご記入ください。	あり (マイナンバー受付) ・ なし		
(*アレルギー等、 ございましたらご記入ください)			
現在、妊娠の可能性は？	あり ・ なし		
タクシーのご用命等、他に 要望があればご記入ください。			