

ID:

記入日

年

月

日



## やちよ総合診療クリニック ②問診票

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ ( 歳)

体温： \_\_\_\_\_ °C 体重(15歳以下の方のみ)： \_\_\_\_\_ Kg

●下記のいずれかにチェックをお願い致します。

保険診療    交通事故    安全会(学校での怪我)

労災予定(仕事・通勤での怪我)    その他 ( \_\_\_\_\_ )

自由診療(ED薬)

●前回受診時から症状にお変わりはありますか？

良くなった    変わらない    悪化した

●前回受診時とは別の症状の方はこちらに記載をお願いします。

いつから：

どこが：

どのように：

原因は：

～前回受診から保険証に変更がある場合、受付までお声掛けください～

～お薬手帳をお持ちでしたら、問診票と一緒に受付へお出しください～