問　診　票

【ID　　】　　【201　年　　月　　日】

フリガナ **名　前**	**生年月日**　□昭和 ・□平成　　年　　月　　日 □ 男 ・□ 女　　**年齢**　　歳
住　所　〒	
電　話　[自宅] [携帯]	**健康保険証** □ あり ・ □ なし
勤務先	[電話]

受診の理由　　**【体温　　℃】**

現在治療している病気（治療開始年齢）.　□ なし ・ □ あり

これまでの手術・入院など（その年齢）.　□ なし ・ □ あり

薬の副作用・アレルギー　□ なし ・ □ あり

女性の方へ

・妊娠中あるいはその可能性　□ なし ・ □ あり

・授乳中　□ なし ・ □ あり

【アンケート】ご協力ください. 伊原医院受診されたきっかけは？
□ 新橋駅の看板 □ インターネット □ 通りかかり □ 会社からの案内 □ 家族または身内の紹介
□ 友人・知人からの紹介 □ その他（　　）

伊原医院　TEL 03－3573－1800