



高田医院

問 診 表

住 所

ふりがな (大正 昭和 平成)
氏 名 年 月 日生

☎() — (携 帯) — —

(1) 本日はどこが悪くて当院を受診されましたか？

(2) 現在、治療中のご病気がありますか？

いいえ はい ()

(3) 以前に、大きなご病気をなされたことがありますか？

いいえ はい ()

(4) アレルギーと言われていらっしゃいますか？

いいえ はい ()

(5) 注射、あるいはお薬で、気分が悪くなったり、発疹が
でたことがありますか？

いいえ はい ()

(6) あなたは妊娠をしている、又は妊娠の可能性がありますか？

いいえ はい

出来る限り、早く診察をお受けになれますよう配慮させていただきます。

もうしばらくお待ちください。