

## 問診票（男性）

記入日: \_\_\_\_\_

ID : \_\_\_\_\_

フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
お名前		身長	cm	体重	kg
フリガナ					
自宅住所	〒 -- 都道 府県	市区 町村			
電話番号	自宅番号 -- --	携帯電話番号 -- --			

今日はどうなさいましたか？

- ( ) 熱がある  
 ( ) 痛みなど (部位 \_\_\_\_\_)  
 ( ) 子供がほしい  
 ( ) ブライダルチェック  
 ( ) その他 ( \_\_\_\_\_)

結婚されていますか はい・いいえ・離別・予定あり

今までにかかった病気や手術についてご記入ください

- (1) (4)  
 (2) (5)  
 (3) (6)

アレルギー（薬なども含め）はありますか

- (1) (4)  
 (2) (5)  
 (3) (6)

喫煙はしますか あり・なし ありの方は1日の喫煙量 ( )

診察に対する要望などありましたらご記入ください