

お電話にて来院の予約を済ませた方は、こちらの間診票にご記入いただき、FAX もしくはメールフォームにて、来院までにお送り頂きますようお願い致します。

FAX の送り先 / 06-6942-9411

[メールフォーム](#) (クリックするとホームページが開きます。)

問 診 票

あなたについて教えてください

ふりがな	
お名前	
年齢	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
ご予約日時	

今までの病気に関する経歴をお聞かせ下さい

<< 通院経歴 >> ※1病院につき1枚でご記入ください。

1. 通院されていた病院を教えてください。

2. 病院で診断された病名は何ですか？

3. いつ頃から発症しましたか？

4. 病院に通院していた時期を教えてください。

5. どんな治療を受けましたか？

6. 治療に使った薬の名前と、薬を服用または使用した期間を教えてください。

*複数の病院に通っていた場合、このページをコピーしてご記入ください。

