

< 問診票 / Interview sheet >

下記についてご記入ください。 / Please fill in the information below.

受診日 / Date : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

フリガナ 氏名 / Name	男・女 / M・F	生年月日 / Date of birth
		. . .
住所 / Address		
〒 _____  電話番号 / Phone number _____ - _____ - _____		
日本語で診察可能な方は記入不要です。 What language do you speak? _____ Do you speak Japanese? ( Yes ・ No )		
どのような症状でお困りですか？ What kind of symptoms do you have?  		
現在、他の病院や診療所で治療中の病気があれば記入してください。 Please list undergoing treatment for any illnesses if you have.  		
現在、服用している薬がありますか？ ( はい・いいえ ) お薬手帳があれば診察時に提出してください。 Are you currently taking any medications? ( Yes ・ No ) If you have a prescription notebook, please submit it during the medical examination.		
女性の方のみご記入ください。 現在、妊娠中または授乳中ですか？ ( はい・いいえ ) Please fill in only for women. Are you currently pregnant or breastfeeding? ( Yes ・ No )		

ご協力ありがとうございました。 / Thank you for writing.