

## < 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<br>氏名 / Name                                                                                                                                                                                | 男・女<br>/<br>M・F | 生年月日 / Date of birth<br><br>. |
| 住所 / Address<br><br>〒            -<br><br>TEL            -            -                                                                                                                          |                 |                               |
| どのような症状でお困りですか？<br>What kind of symptoms do you have?<br><br>                                                                                                                                    |                 |                               |
| 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。<br>Please list undergoing treatment for any illnesses if you have.<br><br>                                                                                       |                 |                               |
| 現在、服用している薬がありますか？（はい・いいえ）<br>お薬手帳があれば診察時に提出してください。<br>Are you currently taking any medications?（Yes・No）<br>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。<br>現在、妊娠中または授乳中ですか？（はい・いいえ）<br>Please fill in only for women.<br>Are you currently pregnant or breastfeeding?（Yes・No）                                                             |                 |                               |

ご協力ありがとうございました。