

【問診票】 ID:

平成 年 月 日

ふりがな
氏名 男・女 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日(才)

〒 住所

電話番号 携帯番号

Eメールアドレス (メールマガジンの配信を希望されますか? はい・いいえ)

身長 cm 体重 kg 体温 °C

◆本日の受診理由を教えてください

- 内科・小児科受診(症状がある) 他院からの紹介
健康診断で受診をすすめられた 内視鏡
自費診療(ピロ菌 健康診断 男性型脱毛症治療 ED治療 ニコク注射)

◆本日はどうされましたか? いつ頃から、どんな症状がありましたか?

◆今まで、または現在、病気にかかったことがありますか? (ある・ない)

- ()
高血圧 糖尿病 脳梗塞 心臓病 ぜんそく 肝臓病 結核
脂質異常症 腎臓病 じんましん

◆ご家族で大きな病気にかかったことのある方はいらっしゃいますか?

- ()

◆お薬や食品に対するアレルギーはありますか? (ある・ない)

- ある方は具体的に記入して下さい。()

◆たばこやお酒はどれくらいのみますか?

- たばこ(本/日) アルコール(種類 量)

◆現在、お薬は飲んでいますか? 飲んでいたら教えてください

- ()

◆女性の方へお聞きします。

- 妊娠中 授乳中 妊娠している可能性がある

◆当クリニックの受診のきっかけを教えてください

- 自宅から近い 職場から近い 他院からの紹介 知人・家族の紹介
インターネット 看板 その他()

ありがとうございました

注意: 記入いただいた情報は診療以外の目的に使用いたしません。