

問 診 票

* 次の質問にご回答の上、署名をお願いします。

1 どのような症状 が いつ頃 からありましたか
()

2 今までかかった病気があれば○をしてください

・高血圧、 ・糖尿病、 ・喘息、 ・心臓病、 ・脳梗塞、 ・肝炎、
・結核、 ・神経症、 ・がん、 ・その他 ()

3 いつも飲んでいる薬がありますか----- はい ()、 いいえ

4 薬や注射、食べ物で、発疹ができたり、気分が悪くなったことがありますか
(アレルギーがありますか)----- はい ()、 いいえ

5 たばこは吸われますか ----- 吸わない、 吸う (1日に__本、約__年間)

6 お酒は飲まれますか ----- 飲まない、 飲む (週__回、1日に__)

7 かかりつけの病院、医院があればご記入ください (病院・医院 先生)

8 女性の方のみ、該当する場合は○または記入して下さい。

・妊娠中または可能性あり ・授乳中 ・生理中 ・最終出産 (歳)

9 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

知人の紹介 (様) インターネット 院の前を通る
 他院の紹介 (様) ご家族の紹介 その他 ()

10 身長 cm ・ 体 重 kg

※診療希望医師：榎原 医師 / 末吉 医師 / 菅原 淳医師 / 菅原 悦子医師 / 希望なし

●その他、希望されることやご心配なことがありましたら何でもお書きください。

受 診 日: 令和 年 月 日 ふりがな: 氏名:

ご住所: 〒 携帯番号 ()
S・H・R 年 月 日 電話番号 ()

※ 出来る限り電話番号、携帯番号を両方ご記入いただきますようお願い申し上げます