

問 診 票

診察日 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	
氏 名	男・女	S・H 年 月 日 (才)	
住 所	〒	TEL	
		Mail	

● 本日受診することになった症状は？

* いつごろからですか？

体温 ℃

* どのような症状ですか？

● 今までにかかった病気・けが・手術はありますか？

* ない

* ある ()

● 現在、飲んでいる薬はありますか？

* ない * ある ()

● 今までに薬や食べ物に対するアレルギーはありますか？ (じんましんが出た、気分が悪くなった、など)

* いいえ

* はい (くすり:) (食べ物:)

● お酒やタバコは1日にどのくらい飲みますか？

* 飲まない

* 日本酒・焼酎 (合) ビール (杯 / 本) ワイン (杯 / 本)

* タバコ (本)

● ご家族のなかで以下の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

糖尿病 (続柄) 高血圧 (続柄) 心臓病 (続柄)
 高脂血症 () 脳卒中 () ガン ()

● 女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか？

* いいえ * はい (ヶ月目) * 可能性あり

● 以前当院にかかれた事はありますか？

* はい → 健康診断 ・ 予防接種 ・ その他 ()

* いいえ → 何をご覧になって当院を知りましたか？
 ・ ホームページ ・ 看板 ・ 職場に近い ・ 知人の紹介 ()
 ・ その他 ()

● メールによる情報配信をご希望されますか？ (新しい製品や治療・キャンペーン情報など・・・)

* はい * いいえ

ご協力ありがとうございました。

汐留ガーデンクリニック