

このしたクリニック 【問診票】

(初診・再診) ←どちらかに○印を入れてください

平成 年 月 日

ふりがな			
名前	様 男・女		
住所	〒		
電話	(ご自宅)	(携帯等)	
生年月日	T・S・H	年	月 日 (歳)
身長	cm	体重	kg 体温 ℃

■該当する項目に○印を入れてください。

*女性の方 妊娠されてますか? (はい・いいえ・可能性有り)

授乳されてますか? (はい・いいえ)

1, 症状について教えてください。いつからどのような症状がありますか?

2, ご家族(血縁者)でご病気の方はおられますか?分かる範囲でお書きください

例:生活習慣病、脳卒中、心疾患、がんなど...

(はい【 】・ いいえ)

3, 今までに病気にかかったり、現在治療中である病気はありますか? (はい・いいえ)

※(はい)に○をいれた方は下記に記載お願いいたします。

4, 現在内服中の薬があれば記載してください (はい・いいえ)

※(はい)に○をいれた方は下記に記載お願いいたします。

5, 薬や食べ物、その他アレルギーはありますか?(はい・いいえ)該当する項目に○を入れてください

※(はい)に○を入れた方は下記に記載お願いいたします。

6, 今までタバコを吸ったことがありますか? (はい・いいえ)

(はい)に○を入れた方は、1日何本を何歳から吸われましたか

本を 歳 から 歳まで 現在(吸っている・吸っていない)

7, 飲酒はされますか? (はい・いいえ)

飲まれる場合は頻度を教えてください。

1週間に()日ぐらい 種類()

8, 当院をどのようにお知りになりましたか(該当する項目に○を入れてください)

(インターネット・折り込みチラシ・看板広告・家族から・知り合いから・職場から

他院からの紹介・その他【 】)

ご記入に協力いただき有難う御座いました。

いただきました個人情報、当クリニックでの診察のみに使用させていただきます。