

問診票

ID:

受診日: _____年__月__日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号	()	携帯電話	()
身長(cm)		体重(kg)	(測定日: /)

■症状をお教えてください。

- [1.]
- [2.]
- [3.]
- [4.]
- [5.]

■いつ頃から症状はありますか。

()日前から

■医師への質問をご記入ください。

- [1.]
- [2.]
- [3.]
- [4.]
- [5.]

■下記の病気にかかったことはありますか。

- 高血圧 糖尿病 脳梗塞 喘息
- 肝臓病 腎臓病 心臓病(心筋梗塞・不整脈など)
- その他()

■”ご親族”は下記の病気にかかったことはありますか。

- 高血圧 糖尿病 脳梗塞 喘息
- 肝臓病 腎臓病 心臓病(心筋梗塞・不整脈など)
- その他()

■今までに、通院又は入院をした病気やケガがありましたら記入してください。

[]

■現在、内服している薬がある場合はご記入ください。(お薬手帳をお持ちの方はお出しください。)

[]

■今までに、アレルギーを起こしたことはありますか。

- なし
- 花粉症 テープ アルコール 食物() 動物()
- 薬剤(薬剤名:) 症状:)

■女性の方のみ：現在、妊娠または授乳中ですか？ (いいえ はい)

■アンケート:当院を知ったきっかけは何ですか。(複数回答可)

- ・インターネット検索: Yahoo検索 Google検索 bing検索 EPARK Yahoo
- Googleマップ その他()
- ・インターネット広告: Yahoo広告 Google広告
- ・上記以外 :チラシ(自宅 会社) ビルの看板 ご紹介()様より
- その他()

■検診検査結果の持参 無 有(過去1年以内・A4以内でコピーをしご提示ください)

※健康保険証・問診票・検査結果を提示し受付を診察の5分前迄に完了してください。

人生100年時代クリニック