問診票

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	(　　)

■いつ頃から症状はありますか。

□ 本日から　　□ (　　)週間前から
□ 昨日から　　□ (　　)ヵ月前から
□ (　　)日前から　　□ 健康診断結果について

■身体症状を教えてください。(複数回答可)

□ 頭痛　□ せき　□ 下痢
□ お腹が痛い　□ 鼻水　□ 便秘
□ 吐き気　□ 熱　□ 動悸
□ 嘔吐　□ のどの痛み　□ 胸痛
□ 胃が痛い　□ 体がだるい　□ めまい
□ その他 (　　)

■今までに、下記の病気にかかったことはありますか。

□ 喘息　□ 高血圧　□ 腎臓病
□ 糖尿病　□ 心臓病　□ 肝臓病
□ 前立腺肥大　□ 緑内障
□ その他 (　　)

■今までに、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。

□ 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の方
□ Yahoo検索、□ Google検索、□ bing検索、□ EPARK
□ Yahooロコ、□ Googleマップ、□ その他(　　)
・インターネット広告　□ Yahoo広告、□ Google広告
・その他　□ チラシ(□ 自宅、□ 会社)　□ ビルの看板　□ ご紹介(　　)

ご記入ありがとうございました。受付にご提出ください。　人生100年時代クリニック