

丸ノ内なかごみクリニック

問診票

年 月 日

フリガナ

お名前:

生年月日:S、H

年 月 日

〒 -

住所:

連絡先 携帯番号 (自宅番号): - -

1) 本日、来院された理由をお尋ねします。○で囲んで下さい。

- ・ 頭痛 ・ めまい ・ しびれ ・ まひ ・ ふるえ ・ 頭部打撲 ・ 意識消失
- ・ 物忘れ ・ 不眠
- ・ 風邪 ・ インフルエンザ (疑い) ・ 咳 ・ 発熱 ・ 全身倦怠感
- ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 胸痛 ・ 動悸
- ・ 花粉症
- ・ 投薬希望 ・ その他 ()

2) 現在治療中の病気や内服している薬は、ありますか？

病気: 薬:

3) これまでに大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

時期: 病名: 手術名:

4) 薬などにアレルギーは、ありますか？ ある場合、それはどんな薬ですか？

なし ある

5) 嗜好品についてお尋ねします。

アルコール (/日) タバコ (本/日 年間)

6) 女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか？ なし あり (妊娠 ヶ月)

7) ご心配なこと、お気づきのことがありましたらお書きください。

8) 当クリニックを何でお知りになりましたか

①岸本ビル clinic に通院 ②ホームページ ③知人の紹介 ④その他 ()

受診される患者様へのお願い：保険証からの転記間違いの確認・修正の為に、保険証のコピーをさせていただきます。ご理解とご了承いただけますようお願い申し上げます。

この問診票は診察以外の目的には使用いたしません。