

問 診 票

来院日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
(千 -)

ご住所 _____

電話番号 _____ ()

身長 _____ cm 体重 _____ kg (分かる範囲でご記入下さい)

1. 今日はどうされましたか？ (どのような症状ですか？)

.....
.....
.....

2. それはいつ頃からですか？

.....

3. 現在治療中の病気はありますか？ (○を付けて下さい) いいえ

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病
脳梗塞 脳出血 その他 ()

※ 現在内服中のお薬・お薬手帳を持ってきた方は受付にお出し下さい

4. 女性の方へ・・・現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい・いいえ

5. 親和クリニックを何でお知りになりましたか？ (○を付けて下さい)

- ①知人の紹介 *差し支えなければご紹介者名を教えてください () 様
- ②おもての看板・外掲示板 ③駅看板 ④他院からの紹介
- ⑤ホームページ (インターネット検索) ⑥電話帳・タウンページ ⑦町会の回覧・名簿など
- ⑧各種講演会や勉強会 ⑨パンフレット・その他 ()