

新規ご登録 & 問診票 (内科)

(ふりかな)	男	生年月日		
お名前	女	大・昭・平・令	年 月 日	歳
住所	〒 -			
電話番号	自宅		携帯	
アレルギー有無	なし・ある 食べ物・薬 (具体的に:)			
喫煙の有無	喫煙しません ・ 喫煙します (1日約 本、 年前から)			
飲酒の有無	飲酒しません ・ 飲酒します (1日の量:)			
●過去に以下のような病気にかかったことがありますか？ なし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 ・ 脳の病気 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 胃/十二指腸潰瘍 喘息 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 甲状腺 ・ その他 ()				
●近親者の病歴はありますか？ (例 父：糖尿病 など) なし ・ ある ()				

1. 体温 [°C]

2. いつから、どのような症状・心配事がありますか？

[_____ から]

3. 1ヶ月以内に海外に行きましたか？

いいえ ・ はい 国 [] 期間 []

4. 現在かかっている病気や内服薬 (サプリメント含む) があれば教えてください。

病名 []

内服薬 []

5. 女性の方にお聞きします。

該当なし 妊娠の可能性あり 妊娠中 授乳中

6. 当院を何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

インターネット 通りがかり ユアクリニックお茶の水から転院

紹介 (家族・知人 _____ 様 他院 _____ ひまわり 会社 学校)

その他 ()

ご記入有難うございます。ご要望・ご質問等ございましたら受付までお尋ねくださいませ。

※ お預かりした個人情報につきましては、診療および診療後の必要時にのみ使用いたします。個人情報保護法等の法令に定めのある場合を除き、個人情報をあらかじめご本人の同意を得ることなく、第三者に提供致しません。

