

問診票

* ご記入いただいた個人情報 は 当院での診療行為の目的にのみ使用します。

以下の項目について、可能な範囲でご記入ください。

記入日_H.....年.....月.....日

ふりがな

氏名 (男・女) 大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)

1. 現在困っていること、相談されたいことをお書きください。

.....
.....

2. いつから始まりましたか？ (思い当たるきっかけについて簡単にお書きください。)

.....年.....月 (または.....歳) から

3. 同じような症状で、これまでに治療を受けたことがありますか？

病院名.....年.....月～.....年.....月

病院名.....年.....月～.....年.....月

4. 現在治療している病気や症状がありますか？

※特に右記の治療をされている方はチェックしてください。 糖尿病 緑内障
 前立腺肥大症 甲状腺

5. 生活と家族のことについて教えてください。

出生地.....都道府県.....市郡.....

最終学歴.....卒・在学中・中退 現在の職業.....

きょうだい いる (兄.....人、弟.....人、姉.....人、妹.....人) いない

婚姻 未婚 既婚 離婚 死別 再婚 (.....回目) *子ども いる (.....人) いない

6. お酒 のむ (毎日 時々 まれに) のまない

7. アレルギー ある (食品 薬 その他.....) ない

8. 当クリニックをどこで知りましたか？ (複数回答可)

ホームページ 看板 知人・家族に聞いて 他院の紹介 (医療機関名.....)

役場・保健所等 タウンページ (電話帳) 携帯サイト その他 (.....)

9. どうやってお越しになりましたか？

バス JR 自家用車・バイク タクシー 徒歩 その他 (.....)