

問 診 票

(わかる範囲でお答えください)

年 月 日

フリガナ		生年月日	性別	ご職業
お名前		年 月 日	男 女	
現住所	(〒 -) 都 道 府 県			
電話番号	() -			
メール		@		

①いつ頃から、どのような症状でしたか？ (体温) _____ °C

いつ頃から：

どのような症状ですか？：

②現在、他の医療機関にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)

『はい』の方…病名() 病院・医院名()

③常用しているお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

『はい』の方…お薬名()

④過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

『はい』の方…(才頃)、病名()

⑤アレルギーはありますか？

食べ物：いいえ はい 『はい』の方…食べ物()

薬 剤：いいえ はい 『はい』の方…薬剤 ()

⑥嗜好品についてお答えください。

酒：飲む(1日 本) ・ ときどき ・ 飲まない

たばこ：吸う(1日 本) ・ 以前吸っていた ・ 吸わない

⑦女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ ・ 可能性あり) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

↑はいの方は出産予定日をご記入ください。(年 月 日)

【☆アンケートにご協力下さい。】

こちらのクリニックをどのように知りましたか？(当てはまるもの全てに○を付けてください。)

看板を見た ・ ホームページを見た ・ 知り合いからの紹介

その他() ご回答ありがとうございました。

六本木整形外科内科クリニック