



ふりがな _____

男性・女性

年齢 _____ 歳

お名前 _____

ご自宅

電話番号 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日

携帯電話

電話番号 _____

ご住所 _____

※わかる範囲で、ご記入をお願いします。

1.本日はどのような症状でご来院されましたか？

>いつから？

>どのように？

2.現在、他院で診療を受けたり、治療中の病気はございますか？

いいえ

はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病

喘息 高脂血症 その他 ()

3.現在服用中のお薬はございますか？

いいえ はい → お薬手帳をお出し下さい

()

4.今までにお薬や注射(麻酔・造影剤など)、食物などでアレルギー症状や体調不良はございましたか？

いいえ はい (原因・症状など

)

5.お酒をお飲みになりますか？

いいえ はい (1日__本・合・杯) ・ 機会飲酒

6.タバコはお吸いになりますか？

いいえ はい (1日__本・喫煙歴__年)

7.現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか？

いいえ はい (現在__週目)

※ご興味のある検査や自由診療はございますか？

(骨密度測定 マンモグラフィ検査 血管年齢測定)
オープンMRI 各種ビタミン点滴 アルターG)

※ご記入ありがとうございました。

ご記入頂きましたこの問診票の個人情報(カルテ)と同様に厳正に管理されます