

問 診 票

年 月 日

フリガナ		体 温
お名前	男 ・ 女	℃
生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日生	満()歳
ご住所	〒 -	
ご連絡先	自宅電話() — 携帯電話() —	

1.いつから どのような 症状ですか？

いつ 症状

2.現在、どこか他の医療機関にかかっていますか？

はい (病院名.....) いいえ

3.今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい (病名.....) いいえ

4.今まで薬を服用して発疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？

はい (薬名.....) いいえ

5.タバコは吸いますか？

はい (1日.....本) いいえ やめた

6.お酒は飲みますか？

毎日 (1日.....本) ときどき 飲まない

7.女性の方に 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ 授乳中

8.当院を何でお知りになりましたか？(複数可)

- 近所に住んでいる 知人から紹介された 評判を耳にして
 家族がかかっている 駐車場案内板 ホームページ
 医療機関検索サイト その他()

今回御記入いただいた項目については、個人情報保護法にもとづいて適切に扱わせて頂きます。



橋中内科小児科クリニック

院長 橋中 善明

ご協力ありがとうございました。