



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・R 年 月 日

携帯電話
電話番号 _____

〒 _____
ご住所 _____

メールアドレス _____

※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

※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は診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます