

## 問 診 表

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ ( 歳 ) ( 男・女 )

〒  
ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

\*本日はどの科の受診をご希望ですか？

- 内科    皮膚科    循環器内科    心療内科    禁煙外来    認知症診断  
予防接種    健康診断    男性型脱毛症外来    漢方外来    骨量診断

\*いつからどのような症状がでていますか？

\*今までに大きな病気(入院・通院・手術など)にかかったことがありますか？はい いいえ  
「はい」と答えた方は下記に記入してください。

病名 \_\_\_\_\_ ( 歳 )    病名 \_\_\_\_\_ ( 歳 )  
病名 \_\_\_\_\_ ( 歳 )    病名 \_\_\_\_\_ ( 歳 )

\*日常生活について教えてください。

タバコについて 吸わない    吸う  
過去吸っていた

1日 ( ) 本 × ( ) 年
------------------

アルコールについて

飲まない    飲む……………週 ( ) 日飲む

ウイスキー	杯/日
ビール	ml/日
日本酒	合/日
その他 ( )	

\*アレルギーはありますか？ ある ない

ある場合 

{	何のアレルギーですか？ ( )
	何のお薬を服用されていますか？ ( )

\*女性のみお答えください

現在妊娠中ですか？ はい    いいえ    可能性あり  
現在授乳中ですか？ はい    いいえ

\* (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ①紹介 (知人    医療機関) ②インターネット ③通りがかり ④看板  
⑤その他 ( )

わたなベクリニック 2014.11.14

最後までご記入ありがとうございました。

お手数おかけしますが、お持ちの方はお薬手帳と一緒に、受付までご提出願います。