

NO _____

※ 後ほど実測します			
身長	cm	体重	kg

はじめて来院された方へ

平成 年 月 日

※問診票にご記入いただいた個人情報は、大切に管理し当院の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます。

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平
お名前	様			年 月 日 (才)
ご住所	〒 _____		電話	ご自宅 — —
			携帯	— —

- 本日の治療目的に☑を付けて下さい
 - 一般内科
 - 循環器内科
 - 睡眠時無呼吸症候群
 - 禁煙外来
 - ナチュラルエイジング
 - その他()

● 症状を教えてください

胸が痛い、お腹が痛い、咳がひどい、熱がある、など

それは、いつ頃からですか？(日から) (日前頃から) (ケ月前から)

● 今までに大きな病気をしたことがありますか？

はい (※手術歴 あり なし) いいえ

● 下記の中で言われたことのあるものはありますか？

高血圧 糖尿病 コレステロールが多い 中性脂肪が高い 尿酸値が高い 肝機能が低下している

● タバコは吸いますか？ はい (本/日) いいえ

● アルコールは飲みますか？

はい (週 / 月 回) (種類：ビール・焼酎・ウイスキー・日本酒・ワイン) いいえ
(どのぐらいの量)

● 現在、治療中の病気と内服薬はありますか？ ※お薬手帳がある方は診察時にお出し下さい

はい (病名： 治療薬：) いいえ

● 現在、妊娠中又は授乳中ですか？ はい (妊娠中・授乳中) いいえ

● 薬を飲んだり、注射をうけた後で気分が悪くなったり、体にかゆみやボツボツが出たことがありますか？

はい () いいえ

● ご職業についてお伺いします

会社員()・ 自営・ 公務員・ 専門職()・ パート・ 主婦・ 学生・ 他()

● どちらで当院を知りましたか？

インターネット(携帯) インターネット(PC) 口コミ 知人紹介 病院紹介 折り込み
 タウンニュース 通りがかり 近所 会社紹介 看板 他()