

初めて受診される方への問診表

- わかるところだけで結構ですのでご記入ください。

この問診表の情報が当院での診療以外に使用されることはありません。

ふりがな	
お名前	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 才
住所	〒
電話番号	☎ ()

- 今日の症状はいつからどのような症状ですか？

- 今まで大きな病気やけがをした事がありますか？ はい・いいえ

はいの場合は時期と症状などを具体的にお書き下さい。

()

受診した医療機関名 ()

- 現在服用している薬などがありますか。

- ・はい ()
- ・いいえ

- アレルギーはありますか？ 薬/食品/その他

- ・はい ()
- ・いいえ

- たばこ：吸わない ・過去に吸っていた ・現在も吸っている (本/日)

- お酒：飲まない ・飲む：毎日・週 () 回

- 特に本日の診察で何かご希望があればお書きください。

- ・血液検査 ・レントゲン ・エコー ・尿検査 ・点滴 ・漢方
- ・胃カメラ ・大腸カメラ ・健診または人間ドック
- ・その他()

- 成人女性の方へ

- ・現在妊娠中 (週) ・妊娠の可能性なし ・授乳中 はい・いいえ

よろしければアンケートにご協力ください。

当院を何でお知りになりましたか。 ・紹介 () ・近くを通過して ・ホームページ ・駅広告

・電柱広告 ・その他 ()

のぐち内科クリニック

〒165-0031 中野区上鷲宮 4-17-14 Tel 03-3926-0007