

問 診 票

年 月 日

医療法人 嘉翔会 井上クリニック

フリガナ				
氏 名				男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生 () 才
住 所	〒 —			
電 話	自宅	勤務先		
	携帯			
当院を受診されたことがありますか	あ	る	・	な
				い
			体 温	℃

1) 今日はどのようなことで来院されましたか？

その症状はいつからですか？

2) 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

あ る ・ な い

↳どのような病気ですか？ ()

3) 現在かかっている病院はありますか？

あ る ・ な い

↳どこの医療機関ですか？ ()

4) 今、飲んでいる薬はありますか？

あ る ()

な い

5) 薬や食物でアレルギー（かゆみ・発疹など）はありますか？

あ る ()

な い

6) アルコール 飲まない ・ 飲 む 1日どれぐらい ()

タ バ コ 吸わない ・ 吸 う (1日 /本)

7) 現在妊娠している可能性はありますか？

あ る () ヲ月) ・ な い ・ わから ない

8) 当クリニックを受診されたきっかけは？ さしつかえなければお教えてください。

1. 近所 2. 通りがかり、看板をみて 3. チラシ、広告を見て 4. インターネット

5. 紹介 [() 様 (病院) から、] 6. その他 ()

ありがとうございました