

問診票

| | | | | | |
|------|-----|-----|----------|---|-----|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| お名前 | | 男・女 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 日 |
| 現住所 | 〒 - | TEL | () | | |

1. 今日受診される科をお選びください（泌尿器科・内科・皮膚科・その他）

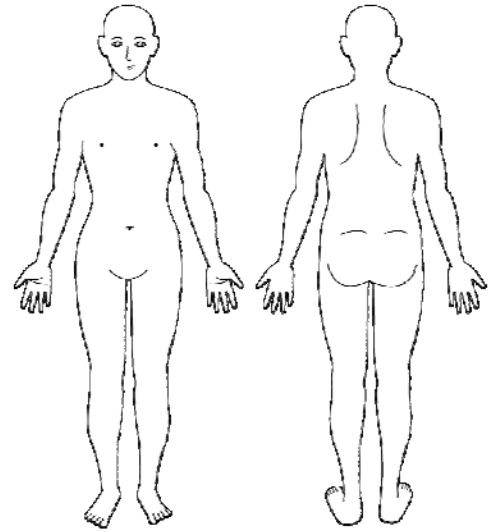
※泌尿器科では尿検査をする場合があります。トイレの際は受付に一声おかけください。

2. ご相談の内容をおしえてください（症状がある・心配ごとがある・なしよの相談）

よろしければ具体的にお書きください

皮膚科など必要でしたら右図に書き込んでください

()



3. 2.はいつごろからのできごとですか

(月 日頃)

(週・月 前から)

4. 持病や内服しているお薬があればおしえてください

()

5. 次のうち該当するものがあれば丸を付けてください

(喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ 薬や食べ物でアレルギーの経験)

(高血圧症 ・ 白内障 ・ 緑内障)

(以前に脳卒中 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症)

(手術のご経験：内容は？)

6. 女性の方に 現在妊娠している可能性はありますか（有・無）

以上で問診は終了です
お呼びするまでお待ちください

以下、当クリニックのアンケートにご協力をお願いしております

1. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

ビル壁 ・ 置き看板 ・ インターネット ・ 口コミ ・ 電柱 ・ バス放送 ・ その他 ()

2. 何かお気づきの点 ご要望がございましたら是非教えてください

今後のサービス改善に活かして参りたいと思います

()

