

# 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)

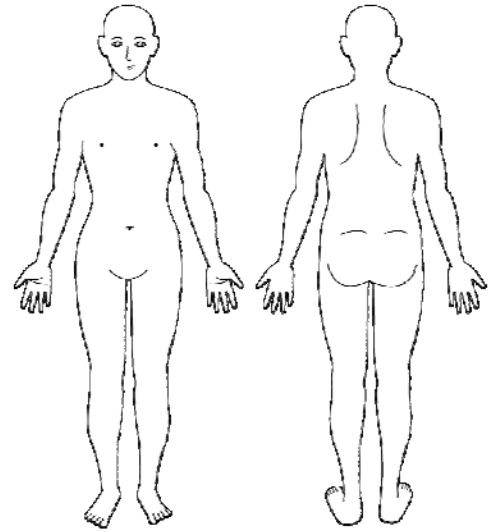
※泌尿器科では尿検査をする場合があります。トイレの際は受付に一声おかけください。

## 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

( )

