

御茶ノ水聖橋クリニック 問診票

(診察を円滑に行うため、問診票のご記入をお願いいたします) *記入日 年 月 日

(ふりがな)

お名前*： _____ 性別* 男 女 _____

生年月日*：大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

御自宅住所*

〒 _____

御自宅電話連絡先*

TEL： _____ (携帯電話)

会社連絡先 TEL： _____ (内線)

(*印は必ずご記入下さい)

*は必ず記入して下さい。

1. 本日はどうなさいましたか？ また、その症状はいつ頃からですか？

症状：

いつから：

2. 現在、通院中のご病気や服薬中のお薬はありますか？

なし・あり ()

3. (女性の方に) 現在妊娠していますか？

いいえ・はい

4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

なし・あり ()

5. 薬剤のアレルギーや副作用はありますか？

なし・あり ()

6. ご家族(血縁)に大きな病気にかかれた方はいますか？

なし・あり ()

7. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

インターネット 医師の紹介 ご家族の紹介 御友人の紹介
看板 会社が近いため 自宅が近いため その他 ()

以上、ご記入ありがとうございました