

問 診 票

受診日 平成 年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 男・女 生年月日 大・昭・平 年 月 日

〒 _____ 住所 _____ 自宅TEL _____

携帯TEL _____

* 13歳未満の方は体重の記入をお願いします _____ kg

《どのようにして当院をお知りになりましたか？》

- 家族 ●友人、知人 ●電話帳 ●看板 ●当院の前を通過 ●インターネット
- アンチエイジング(プラセンタ、高濃度ビタミンC)を行っているから ●サプリメントを取扱っているから
- 癌治療(免疫療法、高濃度ビタミンC)を行っているから ※(注)ただし要予約です
- 内視鏡検査(上部・下部)を行っているから ●ピアスの穴開けを行っているから
- 禁煙外来を行っているから ●各種健診を行っているから ●痔の治療を行っているから
- 遺伝子検査を行っているから ●その他 ()

1. 本日はどのような症状で来院されましたか? 診察前の体温 _____ °C

※上記の症状はいつ頃からですか? _____

おケガの方 ⇒ 交通事故・お仕事中・通勤時のケガですか? ・はい ・いいえ

2. 本日の症状でご希望される検査等がありますか?
・ある () ・ない ・検査は必要があればしたい ・検査はできるだけしたくない

3. アレルギーはありますか? ・はい ・いいえ
食品 () 薬品 ()

4. お酒は飲みますか? ・はい (杯/日) ・いいえ ・時々

5. 今までに大きな病気や現在治療されている病気はありますか? ・はい ・いいえ

上記で内服ありの方はお薬手帳を看護師に渡して頂くか、名前が分かれば書いてください

お薬手帳をお持ちの方はご提出お願いします

()

6. 女性の方は次の項目にお答え下さい

現在妊娠の可能性はありますか? ・はい(妊娠 ヶ月) ・いいえ ・分からない
授乳中ですか? ・はい ・いいえ

7. 過去1か月以内に海外渡航されましたか? ・はい(国名) ・いいえ

*データや紹介状があれば受付に提出して下さい。