

問診票

ご面倒をおかけいたします。診療に役立てるため下記の質問にお答えください。

ふりがな		男	生年月日	M・T・S・H・R
お名前		女	年 月 日 (歳)	
住所	〒			15歳以下のお子様 体重 Kg
電話番号		携帯番号		ご職業
今日は何がお困りで来院されましたか				
希望される検査があれば○をお願い致します。 CT ・MRI ・レントゲン ・血管年齢測定 ・骨密度 ・血液検査 ・心電図 ・エコー				
※女性の方 現在、妊娠中ですか (はい ・ いいえ) 妊娠の可能性はありますか (はい ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)				
現在治療されているご病気、お薬についてご記入下さい。 疾患名 現在服用しているお薬の名前 (お薬手帳があれば受付にお出してください)				
今までにかかった主な病気や手術歴等についてご記入下さい。 高血圧 ・糖尿病 ・心疾患 ・脳疾患 ・肺疾患 ・喘息 ・アレルギー その他				
食品や薬のアレルギーはありますか (あり ・ なし) ある場合、食品・薬の名前と、どのような症状であったかご記入ください				
当クリニックを何でお知りになりましたか。 (○をお付け下さい) ・ホームページを見て ・看板を見て ・近くに住んでいる又は勤めている ・他院からの紹介 (病院名 _____ ※紹介状 あり・なし) ・知人からの紹介 (お名前 _____ 様より) ・家族・知人が通院している ・バスの放送案内を聞いて ・通りがかりに見つけた ・新聞・広告・雑誌 (媒体名 _____) ・その他 (_____)				

ご記入いただきましたら受付にご提出ください。ご協力ありがとうございました。

個人情報につきましては、当院の個人情報保護方針に従い適正に取り扱います。

蒲生天神橋クリニック 院長 長谷川 浩一