

No. _____

問診票

記入日： 令和 年 月 日

フリガナ	
お名前 :	男・女
生年月日 : 大・昭・平・令	年 月 日 年齢
(〒 -)	
住所 :	都 道 府 県
電話番号 :	()
携帯番号 :	()

どのような症状でお困りですか？

お困りの症状

それはいつごろからですか？ 年 月 日 頃から

以下の病気にかかれたことがございますか？

糖尿病・高血圧・心臓病・脳卒中・肝臓病・血液疾患・喘息・アレルギー疾患

その他

薬のアレルギーはございますか？ はい()・いいえ

食べ物のアレルギーはございますか？ はい()・いいえ

妊娠の可能性はございますか？ はい()・いいえ

現在、授乳中ですか？ はい()・いいえ

生活習慣について

たばこは吸いますか？ はい(1日 ___本)・いいえ
やめた(___年前)

お酒は飲みますか？ はい(週 ___日)・いいえ
種類・量()

当院について

旧クリニック(河西脳神経外科)の受診歴はありますか？ はい・いいえ

お知りになられたのは？

インターネット・知人の紹介・自宅近く・看板を見て・その他()

ご協力ありがとうございました