

ID: \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

## 問診票

体温(            °C)

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		年齢	歳
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	電話	
住所	〒	携帯	

1・どうなさいましたか？

\*もし長くてかきづらいようでしたら、空欄のまま直接医師へお話し下さい

2・いつからですか？

3・今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

4・現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？

\* お薬手帳・薬剤診療情報提供書などお持ちの方はお見せ下さい

\*もし長くてかきづらいようでしたら、空欄のまま直接医師へお話し下さい

5・お薬や食物などでアレルギーがでたことがありますか？

ある ・ なし

どのようなものですか？

6・\* 女性の方のみ                      現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

はい ・ いいえ

7・定期検査の連絡の為に記載いただいた住所に、おハガキなどを郵送してもよろしいでしょうか？

はい ・ いいえ

8・当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？(複数回答でも構いません)

- 知人の紹介    ホームページ    YouTube動画    看板    タウンページ    情報誌    他院紹介  
 Facebook    病院なび    Epark(イーパーク)    Google検索で一番上に出てきた  
 ドクターズファイル    その他

9. 当院を受診した理由をお聞かせください。

- 関節リウマチ・膠原病    それ以外の診察