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・女 | 生年月日　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ年　　月　　日（　　　　歳） |
| お名前 |  |
| 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