

初診問診票

		記入年月日	平成	年	月	日
氏名		性別	生年月日			
カガナ		男 ・ 女	大正 昭和 平成			
			年 月 日 (歳)			
ご住所	〒 —					
電話番号	() —	携帯電話番号 又は緊急連絡先	— —			

◆以前、聖クリニックにかかれた事のある、同じ住所・電話番号のご家族の方がおられますか？

お名前	生年月日	続柄	お名前	生年月日	続柄

◆今日はどうされましたか？ それはいつからですか？

--

◆お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない

ある

何に対してですか？

◆今までにかかったことのある病気をご記入ください。

高血圧

高脂血症

糖尿病

心臓病

その他

--

◆現在、のまれているお薬はありますか？

ない

ある

お薬の名前をご記入ください。薬剤情報の用紙でも結構です。

--

アンケートにご協力お願いします。

★ ひじりクリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

知人・友人

ホームページ

広告

その他

--

★ 来院される交通手段は何ですか？

(所要時間

分)

徒歩

自転車

自家用車

その他

--

★ ひじりクリニックのホームページ・タウンページをご覧になった事がありますか？

ない

ある

ありがとうございました。