

No.

新患さん登録・問診票

フリガナ		性別
お名前		男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	
ご住所	〒 — (アパート・マンション名もご記入下さい)	
お電話	【ご自宅】	— —
	【携帯電話】	— —
当院を何でお知りになりましたか？ 1.ご紹介(様) 2.ご近所のため 3. 電話帳 4.屋上看板 5.ホームページ 6.その他()		

①今日はどうなさいましたか？具体的にご記入下さい。

かぜ症状・発熱・お腹の症状・胸の症状・尿の症状・頭痛・腰痛
 皮膚・ご相談(検査結果・禁煙指導・減量指導・AGA・ED)

②現在治療中の病気・服用中の薬はありませんか？

なし あり→病名や服用中の薬など具体的にご記入下さい。

③今まで入院するような大きな病気をしたことはありませんか？

なし あり→いつ頃どんな病気になったか具体的にご記入下さい。

④アレルギーの体質はありませんか？

なし あり→「喘息」「スギ花粉症」「卵で蕁麻疹」など具体的にご記入下さい。

⑤今まで、体に合わなかったお薬はありませんでしたか？

なし あり→お薬の名前・起きた症状など具体的にご記入下さい。

⑥サプリメントや健康食品などは使用していませんか？

なし あり→お薬の名前や成分・使用目的など具体的にご記入下さい。

⑦タバコは吸いますか？

もともと吸わない やめた 吸う→(1日 _____本 _____年間)

⑧ 女性のみお答え下さい。

* 妊娠の可能性 (なし あり) * 授乳 (している していない)