

初めて受診される方へ

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	年 齡	歳
お名前		生年月日	昭・平 年 月 日	
ご住所	〒			
電話番号		携帯番号		

該当する項目にチェック□、又はご記入をお願いします。

1. 今日はどのように受診しましたか。
自分から 家族に勧められて 上司に勧められて
他病院からの紹介で(その場合の紹介状の有無: 有/□無)
その他 ()
2. 今日の受診に付き添って来院している方はおられますか。
いない 家族 () その他 ()
3. どのようなことにお困りですか。いつから、どのような状況か、お書きください。
4. 過去または現在、病気や大きなけがをしたことがあればお書きください。
ない ある ()
5. 現在服用中のお薬があればご記入ください。
ない ある ()
6. 薬剤、その他のアレルギーがあればご記入ください。
ない ある ()
7. あなたの家族について、ご記入ください。
また、同居している家族を丸で囲んでください。 例: 母
父 (才、職業:) 母 (才、職業:)
兄弟姉妹: 下欄にご記入ください。(例: 兄43才と41才、妹34才)

配偶者 (才、職業:)
子供: 下欄にご記入ください。(例: 長男7才、長女5才、次女2才)

その他 ()
8. あなたの現在の職業(または以前の職業)と具体的な職務内容についてご記入ください。
職 業 ()
職務内容 ()

ご協力ありがとうございました。

このアンケートにご記入いただきました個人情報、当クリニックにおいてのみ利用させていただきます。 はぶクリニック