

問 診 票

※個人情報を提供することに同意します。(はい ・ いいえ)

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 (男・女)

住所 _____ 電話番号 _____ - _____ - _____

- Q 1 今日はどうなさいましたか？
いつから (_____)
症状 (_____)
- Q 2 いままでにかかった病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
いつ 何の病気 何の病気
(_____) (_____) (_____) (_____)
- Q 3 現在、通院されている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
病気(_____) 病院 (_____)
- Q 4 現在、薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)
薬名または分からない方はどのような薬ですか？
(_____) (_____) (_____)
- Q 5 薬による副作用、アレルギー体質はありますか？ (はい ・ いいえ)
はいの方、どのような症状でしたか？
(_____) (_____)
- Q 6 女性のかたへ 現在妊娠されていますか？ (はい ・ いいえ)
現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
- Q 7 どのような治療をご希望ですか？ (複数回答可)
- いくつかの治療法のなかから、自分にあった治療をうけたい
 - 痛み (症状) をとるためであれば注射をしてほしい
 - 内服薬はできれば飲みたくない
 - リハビリをしてみたい
 - 骨粗しょう症の検査をうけたい
 - にんにく、プラセンタ等注射希望
 - AGA (男性型脱毛症) の治療をうけたい
 - その他 (_____)
- Q 8 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？
- 近所なので知っていた
 - 通りすがりに見た
 - 知人の紹介
 - 電柱、駅広告を見た
 - ホームページを見た
 - その他 (_____)