

三谷ファミリークリニック 診療問診表

		記入日(令和		年	月	日)
フリガナ		生年月日				
氏名	男 女 (未婚・既婚)	T S H R	年	月	日(	歳)
住所 〒						
電話	自宅 ( )	携帯電話	( )			職業
	緊急連絡先( )	様	( )			

どんな症状ですか？

いつ頃からですか？

本日は、どういった内容をご希望ですか？

- 検査  お薬  注射・点滴  医療相談  ご家族の相談  漢方薬希望

これまでに大きな病気、手術、外傷などかかられましたか？

- 歳 ( )  
 歳 ( )

薬・食べ物のアレルギーはありませんか？

- ない  ある ( )

お酒は飲まれますか？

- 飲まない  飲む(ビール・ワイン・焼酎・日本酒・ウイスキー・その他:1日に 本)

たばこは吸われますか

- 吸わない  吸う(1日に 本)  吸っていたが 年前にやめた(1日に 本)

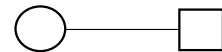
現在妊娠している可能性はありますか？

- ある ( 月)  ない  わからない  授乳中

家族構成

ご家族にこういった病気の方はおられますか？

- 糖尿病 ( )  
 リウマチ( )  
 ぜんそく( )  
 アトピー性皮膚炎( )  
 アレルギー性疾患( )  
 結核( )  
 悪性腫瘍( )



当院では遺伝的な疾患歴や患者様の背景問題も診察の参考にしております。お手数ですが、ご家族の年齢や病歴などもお聞かせ下さい。

どちらで当クリニックをお知りになりましたか？

- 紹介( 様)  ホームページ  その他( )

※お預かりした個人情報は厳正に管理し、その利用・提供においては、法令に基づく場合を除き、当院からの連絡、ご本人様の同意を得た目的の範囲内でのみ利用いたします。