

問診票

記入年月日 年 月 日

ふりがな			
お名前			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話	携帯	自宅 ()	
勤務先 通学先			
保険	健康保険・介護保険・労災・自費診療・自賠責・その他	お薬手帳	あり ・ なし

Q 現在、お薬を飲みながら治療中のご病気はありますか？

なし あり ()

Q 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？

なし あり ()

Q 薬や食べ物のアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり ()

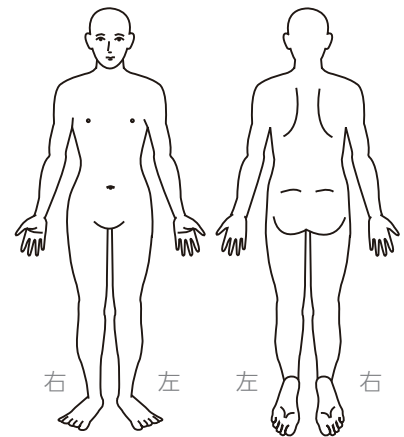
Q 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？

なし あり ()

① 今日どのような症状が気になって来院されましたか？

※部位がはっきりしていれば

右のイラスト内に斜線を書き込んでください。 →



※以下の中に受診理由がある場合は、チェックしてください。

- 多汗症診療 AGA診療
 美白薬処方 プラセンタ注射

② その症状はいつからですか？

③ きっかけ、原因はなんですか？

④ その症状で他のクリニックや医療機関を受診されたことはありますか？

なし あり ()

⑤ ④でありとつけた方は、紹介状はありますか？ なし あり

※ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- クリニックの看板 紹介 ホームページ Facebook、Instagram 地下鉄駅看板
地下鉄窓ステッカー 屋外看板 新聞などの広告 その他 ()

ご記入、有難うございました。症状や予約順により、呼ばれる順番が前後することがございます。ご了承くださいませ。



厚別ひばりクリニック