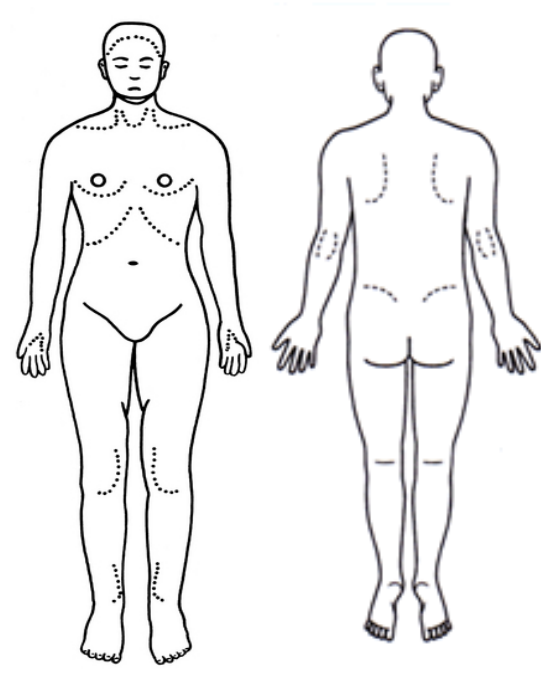


とし・クリニック 問診票

フリガナ		生年	大正・昭和・平成	年	歳	性別	男・女
氏名	様	月日	年 月 日	年齢		性別	
住所				電話番号	()		

できる限り詳しくご記入をお願いします。また、ご不明な点がございましたら遠慮なくご質問お願いいたします。

① とし・クリニックははじめてですか？	はい	いいえ
② どんな症状で診察にこられましたか？ ● いつからですか？ 月 日 (頃・朝・昼・夕・夜) から ● どこが悪くて来院されましたか？ (図に記入) () ● どんな症状ですか？ 痛み・せき・息切れ・吐き気・下痢・重い・腫れ 痺れ・かゆみ・ただれ・湿疹・イボ・にきび その他 () ● きっかけがありましたか？ はい (具体的に:) いいえ ● 外傷の場合 ・交通事故 ・仕事中 ・その他 ()		
③ 現在治療中の病気がありますか？	あ る	病名
④ 以前かかった病気などありますか？	あ る	病名
⑤ 今他の病院に通院されていますか？	は い	病院名
⑥ 今飲まれている薬はありますか？	あ る	薬品名
⑦ アレルギーや喘息などありますか？	あ る	具体的に
⑧ 飲み薬や注射で副作用の経験はありますか？	あ る	具体的に
⑨ 妊娠の可能性はありますか？	あ る	何週目ですか？ (週目)
⑩ タバコを吸いますか？	は い	具体的に 本× 年

- 当院をどこでお知りになりましたか？
 インターネット・携帯モバイル・ご近所だから・電柱の看板・新聞・駅看板 (駅)
 ご紹介：家族・知人・他院 (病院名:)
- 健康保険証は、必ず受付へ提出してください。
 尚、健康保険証、介護保険証はコピーをさせていただきます。
- 介護認定を受けておられる方は、介護保険証も受付へ提出してください。