さわだクリニック　問診票

（記入　　年　　月　　日）

フリガナ お名前		ID:	
住所	〒　　－ 市　　区・町		
生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日生　⇒　（　　才）		
電話番号	（　　）　　－	男・女	
携帯電話	（　　）　　－		

1. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？
   ○近所に在住・ホームページ・看板・紹介⇒（　　）
   その他⇒（　　）

2. 本日はどうなさいましたか？
   ○心臓病・高血圧症・血行障害・糖尿病・高脂血症・脳血管疾患
   ○風邪・腹痛など体調不良⇒体温（　　℃）
   ○その他⇒（　　）

3. 現在、他の病院・診療所にかかっていますか？
   ○はい・いいえ
   はいと答えられた方は病院名、又は受診科名と病名を教えてください。
   （　　）

4. 女性の方にお尋ねします。
   ○現在妊娠していますか？　⇒　いいえ　・　はい　・　分からない
   ○現在授乳中ですか？　⇒　いいえ　・　はい

5. 現在、飲んでるおくすり、サプリメントはありますか？
   ○ ない　・　ある　（病医院名：　　）
   くすりを飲んでいる方は、その名前や種類を記入してください。
   ※お薬手帳・説明書をお持ちの方はそちらをお出しください。

（　　）

※紹介状・他院での検査（健診）データをお持ちの方は、受付へお出し下さい。