

船堀橋クリニック問診表

フリガナ				
氏名	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
	(男・女)		(歳)
自宅住所 〒				
	TEL	()	

本日はどうなさいましたか？

【

以下の病気にかかったことのある方は、○をつけて下さい。

1. 肺の病気(結核・喘息・慢性気管支炎など)
2. 甲状腺の病気
3. 糖尿病
4. 心臓の病気(狭心症・不整脈・心不全・動悸・心筋梗塞など)
5. 高血圧
6. 高脂血症
7. 胃腸の病気(胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍など)
8. 肝臓の病気(肝炎・脂肪肝・肝硬変など)
9. すい臓の病気
10. 脳血管の病気(脳梗塞・脳溢血・脳動脈硬化症)
11. 悪性腫瘍(がん・肉腫など)
12. 皮膚の病気(アトピー性皮膚炎・慢性痒疹・帯状疱疹など)
13. 薬・注射のアレルギー(蕁麻疹・気分不快など)

以下の質問にお答え下さい。

- 1日のアルコール量 ビール(本) 日本酒(本) 洋酒(本)
- 1日のたばこの本数 (本) 喫煙歴(年)
- 妊娠している可能性はありますか？ 有・無
- 現在、他院に通院中ですか？ 有・無
- 現在、服用中の薬がありますか？ 有・無
- 日常的に頭痛をお持ちですか？ 有・無

会社様名義の領収書発行をご希望の方は下記にご記入下さい。↓

領収書名: