

初診問診票

問診票を記載の上出力し、保険証・お薬手帳と併せてお持ちください。
また血糖測定器をお使いの方は本体や血糖値のノートもご持参ください。

スタッフ記入欄

記入日 年 月 日 ID

ふりがな			<input type="checkbox"/> 昭和			
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 令和	年齢 歳		
住所	〒	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
		身長のみ ご記載ください	身長	cm	体重	kg
			血圧	/	脈拍	回
		電話番号				
女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠 週 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> なし	緊急連絡先	(続柄)			
アレルギー	花粉症・喘息・アトピー・その他:					

受診されたご病気はなんですか	<ul style="list-style-type: none">・糖尿病・脂質・高血圧・甲状腺・尿酸/痛風・肥満・その他 () <p>※健康診断等の結果をお持ちの際は受付にご提出ください。</p>
何か症状がありますか	<ul style="list-style-type: none">・喉が乾く・尿が多い・体重(増/減)・疲れやすい・動悸・手の震え・冷え・むくみ・甲状腺の腫れ・その他 ()
症状はいつからありますか	頃から
これまでに診断されましたか	・はい / いいえ ・診断名:
何か治療をされていますか	・薬の名前: *お薬手帳をお持ちでしたら記入は不要です。
ご家族に同じご病気の方はいらっしゃいますか	・誰に ・病名
喫煙歴はありますか	・一度もない ・今は吸っていない ・本/日 × 年
当クリニックを 何で知りましたか	・Facebook ・Instagram ・当院HP ・バス案内 ・友達や家族の紹介 ・その他 ()

ご記入ありがとうございました。来院時受付にご提出ください。