

# ひふのクリニック人形町 問診票

健康保険の資格確認:  従来の保険証

マイナカード ➡ 薬剤情報・40歳以上の場合健診情報提供:  同意  同意しない

他の医療機関からの紹介状

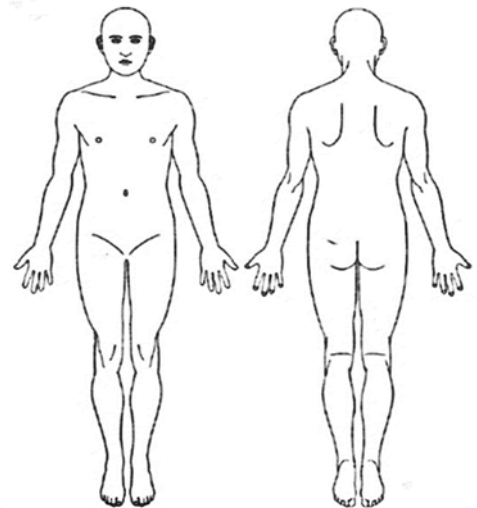
フリガナ		性別	お子様の場合体重
お名前			kg
生年月日	大正・昭和・平成・令和 ・西暦	年 月 日	( 歳)
ご住所	〒 - -		
お電話	自宅: - - / 携帯	-	-
お仕事		お勤め先	

下記に該当する場合は、○印をおつけ下さい。

- ① 熱がある ② 全身に発疹 ③ 痛みが強い ④ 血が止まらない ⑤ 今日のやけど
- 何かご不自由なことがありますか。
- ① 車椅子 ② 杖 ③ 難聴 ④ 視力低下 ⑤ 認知症 ⑥ ペースメーカー ⑦ その他

- 自覚症状: なし・かゆい・痛い・その他 \_\_\_\_\_
- いつ頃から: \_\_\_\_\_
- どのような病気と言われて/思われていますか:  
\_\_\_\_\_
- 過去の病気: \_\_\_\_\_
- 現在治療中の病気: \_\_\_\_\_

病気の部位に○印をおつけ下さい。



- 薬剤アレルギー : なし・あり \_\_\_\_\_
- 局所麻酔トラブル: なし・あり
- 妊娠, 授乳 : なし・妊娠中( ヵ月)・授乳中

● 今回当院を受診された動機をお教え下さい。

- ① 医師等からの紹介      ② 家族のすすめ      ③ 知人のすすめ \_\_\_\_\_
- ④ ホームページを見て      ⑤ 通院の便がよい      ⑥ その他 \_\_\_\_\_
- 診察に当たってのご希望: