

記入日 年 月 日

ひふのクリニック人形町 問診票

健康保険の資格確認等: ☐ マイナ保険証 ☐ 資格確認書 ☐ 他の医療機関からの紹介状持参

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。

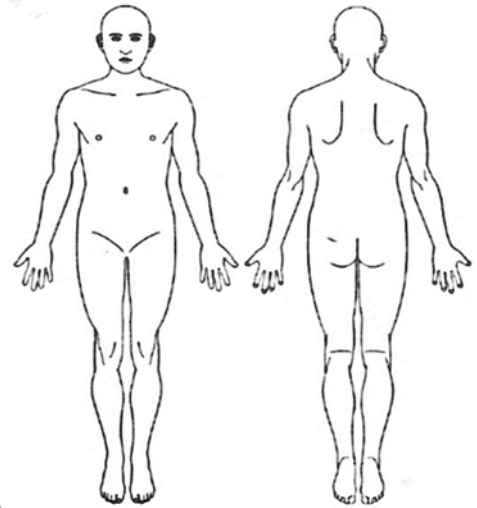
- ① 熱がある ② 全身に発疹 ③ 痛みが強い ④ 血が止まらない ⑤ 今日のやけど
 ● 何かご不自由なことがありますか。
 ① 車椅子 ② 杖 ③ 難聴 ④ 視力低下 ⑤ 認知症 ⑥ ペースメーカー ⑦ その他

- 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: _____

- 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(カ月)・授乳中 _____

病気の部位に○印をおつけ下さい。



- 今回当院を受診された動機をお教え下さい(複数回答可).
 ① 医師等からの紹介 ② 家族のすすめ ③ 知人のすすめ _____ ④ 通院の便がよい
 ⑤ ホームページを見て ⑥ YouTube を見て ⑦ アトピーカフェに参加して ⑧ その他 _____
 ● 診察に当たってのご希望: