

# 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: \_\_\_\_\_

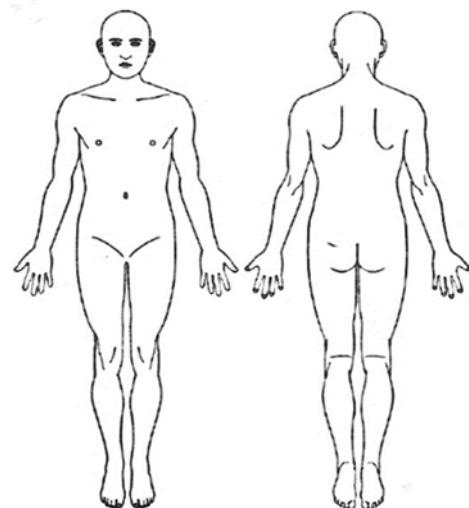
● 現在治療中の病気: \_\_\_\_\_

● 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: