



問診票 (Questionnaire)

ふりがな		男・女 M/F	生 年 月 日 Date of birth	
お名前 Name			明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
ご住所 Domicile	〒 Zip code			
電話番号 Phone	自宅 Home	緊急時 (携帯等) Cellular		
		メールアドレス e-mail		

- いつ頃から、どのような症状ですか？ What kind of symptoms are you experiencing ?
()
()
()
- 現在、他の病院等で治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)
薬はもらっていますか？ (はい ・ いいえ)
どのような薬ですか？
()
- 今までに、糖尿病・高血圧・高脂血症など
生活習慣病と指摘されたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
病名 ()
- 過去に大きな病気をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
病名 ()
- 現在、妊娠している、またはその可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)
- 今までに、お薬を飲んで気分が悪くなったり湿疹が出来たり、かゆくなったことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- タバコは吸いますか？ (はい ・ いいえ)
1日に何本吸いますか？ (本 ~ 本)
何年間吸いましたか？ (年間)
- 当クリニックのことはどのようにお知りになりましたか？ (How did you find us ?)
1. 家族・友人・知人に聞いて (through someone one knows)
2. クリニックのパンフレットを見て (by brochure)
3. ホームページを見て (By Internet)
4. 通りがかり (by chance)
5. 電話帳・雑誌等をみて (by telephone directory)
6. その他 (Others) ()