

問診票(かぜ・胃腸・小児)

体温	度	体重	kg	記入日	H	年	月	日
ID								
フリガナ	生年月日						性別	
氏名	大正 昭和 平成						男・女	
住所	〒			電話番号	自宅			
					携帯			

①いつから、どのような症状ですか？ また、内科の症状以外で気になることはありますか？

②今までに入院や手術をしたことがありますか？

③アレルギーはありますか？
(ない ・ ある) 内容:

④現在、飲んでいるお薬はありますか？
(ない ・ ある) 内容:

⑤女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？また、その可能性がありますか？
(ない ・ ある)

⑥当院の自費診療について興味はありますか？ (○はいくつでも可能です)
(ない ・ ある)

- にんにく注射 (詳しい内容を知りたい ・ 希望する)
- 美白点滴 (詳しい内容を知りたい ・ 希望する)
- AGA (詳しい内容を知りたい ・ 希望する)
- ED (詳しい内容を知りたい ・ 希望する)

⑦当院をお知りになったきっかけを教えてください。(○はいくつでも可能です)

- (1)近くを通りかかって (2)インターネット検索で
- (3)家族や知人の紹介 (4)他の医療機関からの紹介 紹介者()

おおはらクリニック