

問診票(外科・皮膚・肛門)

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	年 月 日 ()歳 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、外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？また、アルコール消毒でかぶれたことはありますか？

(ない ・ ある) 内容:

④血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？また、他に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/□でも可能です)

(ない ・ ある)

- 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)
にんにく注射 (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/□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