問診票(外科・皮膚・肛門)

体温	度	体重	kg	記入日	R　年　月　日

ID			
フリガナ		生 年 月 日	性別
氏名		大正　昭和 平成　令和　年　月　日（　）歳	男・女
住所	〒　－	電話番号 自宅	
		携帯	

①今日はどうされましたか？　それはいつから、どのような症状ですか？

②今までに入院や手術をしたことがありますか？

（ ない ・ ある ）　内容:

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？（〇はいくつでも可能です）

（ 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下さい。（〇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