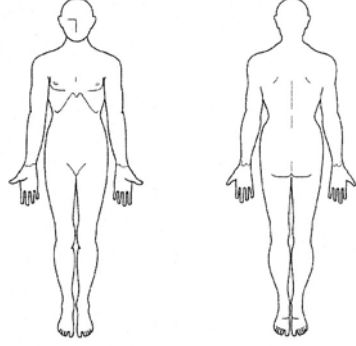


平岡クリニック		問 診 票		平成 年 月 日	
ふりがな				職業	
お名前	(男 ・ 女)				
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日	(歳)
ご住所	〒	—	市 ・ 区		
電話番号	()				
① 症状を詳しくご記入下さい。				↓ 悪い・痛い場所に○をつけて下さい。	
					
② いつ頃からですか？		月 日 午前 / 午後 時ごろ			
③ 労災申請予定 ・ 交通事故 ● 交通事故やお仕事上のけがが原因の方は、その時の状況をご記入下さい。					
④ 現在、他の病院にかかっていますか？		はい(病院名) いいえ			
● 現在、治療している病気または過去にした病気があれば○をつけて下さい。 糖尿病 高血圧 肝臓の病気 心臓や血管の病気 結核 ぜんそく その他()					
⑤ 現在、飲んでいる薬はありますか？		ある() ない			
⑥ 肝炎にかかったことはありますか？		ある(B型 ・ C型) ない			
⑦ 薬のアレルギーはありますか？		ある() ない			
⑧ 今までに手術をしたことがありますか？		ある() ない			
⑨ 女性の方に お尋ねします。	妊娠中ですか？	はい(妊娠 ヵ月) いいえ			
	授乳中ですか？	はい(出産日 年 月 日) いいえ			
⑩ お受けになりたい診療・検査・検診は？		男性型脱毛症(AGA) ※気になる点があればご記入ください。			
		その他()			
⑪ 当クリニックをお知りになった きっかけは		以前通院 近所 新松戸駅看板 月刊新松戸 紹介(さん) その他()			
		インターネット 当クリニックホームページ 携帯サイト 他のホームページ()			
⑫ 記入者		本人 ・ その他()			