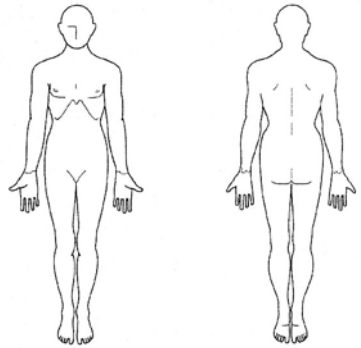


平岡クリニック		問 診 票		平成 年 月 日	
ふりがな				職業	
お名前	(男 ・ 女)				
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平		年	月	日 (歳)
ご住所	〒 -		市 ・ 区		
電話番号	()				
① 症状を詳しくご記入下さい。				↓ 悪い・痛い場所に○をつけて下さい。	
					
② いつ頃からですか？			月 日 午前 / 午後 時ごろ		
③ 労災申請予定 ・ 交通事故 ● 交通事故やお仕事上のけがが原因の方は、その時の状況をご記入下さい。					
④ 現在、他の病院にかかっていますか？			はい (病院名) いいえ		
● 現在、治療している病気また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？			禁煙外来 ※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 ()		