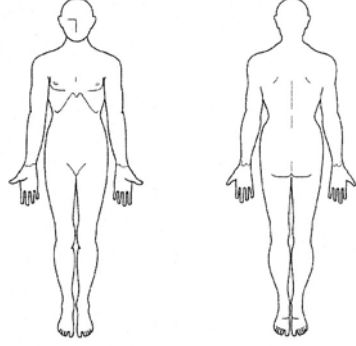


平岡クリニック		問 診 票		平成 年 月 日	
ふりがな				職業	
お名前	( 男 ・ 女 )				
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平		年	月	日 ( 歳 )
ご住所	〒 -		市 ・ 区		
電話番号	( )				
① 症状を詳しくご記入下さい。				↓ 悪い・痛い場所に○をつけて下さい。	
					
② いつ頃からですか？			月 日 午前 / 午後 時ごろ		
③ 労災申請予定 ・ 交通事故 ● 交通事故やお仕事上のけがが原因の方は、その時の状況をご記入下さい。					
④ 現在、他の病院にかかっていますか？			はい ( 病院名 ) いいえ		
● 現在、治療し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 お受けになりたい検査・検診は？			<b>内視鏡検査</b> ※気になる所をご記入ください。 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 ( ) <b>インターネット</b> 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 ( )		