

はじめての方に

当クリニックでは、診療をより効果的にする為に、患者様一人一人のカルテを作っています。

そのために患者様ご自身の情報が必要になりますので以下の質問にお答えいただきますようお願いいたします

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	年齢	才
お名前		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
ご住所	〒 アパート名 ()			
電話番号		緊急連絡先 電話番号		
職業				
身長	cm	体重		kg

- いつから、どのような症状がありますか
いつから：
症状：
- 現在、ほかにかかっている医療機関はありますか
① ない ②ある(病名) (病院名)
- 現在服用中の薬はありますか
① ない ②ある()
- 今までに、大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか
① ない ②ある(病名) (手術名)
- 今までに、薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか
① ない ②ある()
- お酒やタバコは1日とのくらいとられますか
① お酒 (飲まない ・ 飲む(頻度))
② タバコ (吸わない ・ 吸う(1日 本くらい))
- お通じの調子はいかがですか
(普通 ・ 便秘がち ・ 下痢ぎみ)
- (女性の方へ) 現在、妊娠されていますか
①いいえ ②はい(月) ③授乳中 ④不明
- その他、当院でご希望されることがあればご記入ください

このアンケートにご記入いただきました個人情報、当クリニックにおいて以下の目的のために限り利用させていただきます。

- ① 患者様に安全・有効に診療を受けていただくため ②カルテへの記載 ③他医療機関などと連携・情報交換
同意できない事項がある場合はお知らせください

ご協力ありがとうございました