

問 診 表

ふりがな

氏名 _____ 性別(男 ・ 女) _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)

職業 _____ 福祉手帳(有 ・ 無) _____ 障害年金(有 ・ 無) _____

1) どのような症状で来院されましたか？ その症状はいつ頃からですか

2) 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

- ・ ない
- ・ ある (_____)

3) 今までに入院など大きな病気をしたことがありますか？

- ・ ない
- ・ ある (_____)
- ・ 緑内障(有 ・ 無)

4) 常用しているお薬がありましたらご記入ください。

5) 西江こころのクリニックを何でお知りになりましたか？

- ・ 医師の紹介(_____ 病院 _____ 先生)
- ・ 知人の紹介
- ・ 看板 _____ ・ 電話帳 _____ ・ ホームページ _____ ・ 広告 _____ ・ タウンページ _____

6) その他、参考になること、特にご相談されたい事柄などご記入ください。



医療法人

西江こころのクリニック

NISHIE
CLINIC