

# 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