

新規 変更(住所・氏名等)

滝医院 診療登録・問診書

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男	生年月日		歳 ヶ月
氏名		女	昭・平・令	年 月 日	
住所	〒 ー 都道府県 区市郡				
電話番号	携帯		自宅		
●これまでにかかった病気はありますか			●現在治療中の病気はありますか		
●現在飲んでいる薬はありますか			●血縁者で病気の方はありますか (例: 父 糖尿病)		
●女性の方へ 現在妊娠または授乳中ですか いいえ・妊娠中・授乳中・妊娠の可能性ある			●小児の方は体重をお書き下さい kg・g		
アレルギー有無	食べ物・薬 ある(具体的に:)・なし				
喫煙の有無	喫煙します(1日約 本、年間)・喫煙しません				
飲酒の有無	飲酒します(1日量)・飲酒しません				
●本日はどうされましたか(最もつらい症状など) <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 検査希望 <input type="checkbox"/> 血糖・糖尿病の相談 <input type="checkbox"/> 禁煙相談 <input type="checkbox"/> 区民検診・雇入時健診目的 <input type="checkbox"/> スギ・ダニの舌下免疫療法の相談 <input type="checkbox"/> ワクチン接種希望 <input type="checkbox"/> その他 ()					
●その症状はいつからですか ()					
●心配な事、伝えたい事がございましたらお書き下さい ()					