

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	大・昭・平	年	月 日	
住所	〒 ー 都道府県 区市郡					
電話番号	自宅			携帯		
●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 ( )						