

心まるクリニック 問診表

氏名	ふりがな	生年 月日	大・昭・平 年 月 日(歳)
住所	〒		
電話		携帯	

■ 現在お困りのこと(症状など)を、お教えてください。

(ご本人)

.....

(ご家族)

.....

.....

■ いつごろからお困りですか？

■ これまでに、そのことについて医療機関などで、相談や治療を受けたことがありますか？

■ 現在、お身体の病気などで、他の病院にかかっていますか？

■ 現在、あるいは最近のお仕事をお教えてください。

■ 現在、どなたとご同居されていますか？

■ 次の質問にお答えください。

- ① 睡眠 : 良い 普通 悪い
- ② 食欲 : 良い 普通 悪い
- ③ 便秘 : 良い 普通 悪い
- ④ 酒 : 飲まない 飲む (たまに 時々 週に4日以上 酒量.....)
- ⑤ 煙草 : 吸わない 吸う (1日.....本)
- ⑥ アレルギー : ない ある (薬・食物.....)

■ 心まるクリニック を、何でお知りになりましたか？

- インターネット 電話帳 他院からのご紹介 人から聞いて その他(.....)

■ 本日は何でお越しになりましたか？

- 徒歩 自転車 車 バス その他(.....) **ありがとうございました**