

カルテ NO _____

榊原クリニック経堂本院問診票

(ふりがな)

M・T

氏名 _____ 男・女 生年月日 S・H _____ 年 月 日 歳

住所 〒 _____

必ずご記入ください

【必須】固定電話もしくは実家の電話番号: _____ 自宅 会社 実家

携帯電話: _____ 職業 _____

メールアドレス: _____ PC・携帯電話 _____

個人情報(診察情報及び医療サービス)のご案内を送付させて頂く場合がございます。個人情報の扱いに関してWEBにてご確認ください。ご案内送付が不要の方はチェックを入れてください。 案内不要

予約変更等でお電話する場合があります。『榊原クリニック』と病院名を出してもよいですか？

『榊原クリニック』でよい

個人名の『榊原』で連絡がほしい

1、こちらの病院は何でお知りになりましたか？

- 病院からの紹介()
- 家族・友人・知人からの紹介(紹介者名)
- 薬局からの紹介()
- PC ホームページ 携帯ホームページ ツイッター タウンページ
- 電柱広告を見て 雑誌()
- テレビを見て()
- その他()

2、次の病気にかかった方、かかっている方は印を付けてください。

腎臓病	心臓病	肝臓病	糖尿病	喘息	血液病	高血圧
低血圧	結核	胃潰瘍	胃炎	貧血	胆石	緑内障

3、今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

ある ない

『ある』とお答えの方、何の病気または手術ですか？

[_____]

4、手術や歯科で麻酔を使った経験がありますか？

ある ない

『ある』とお答えの方、気分が悪くなったことはありますか？

ある ない

5、薬の副作用でアレルギーの経験がありますか？

ある ない

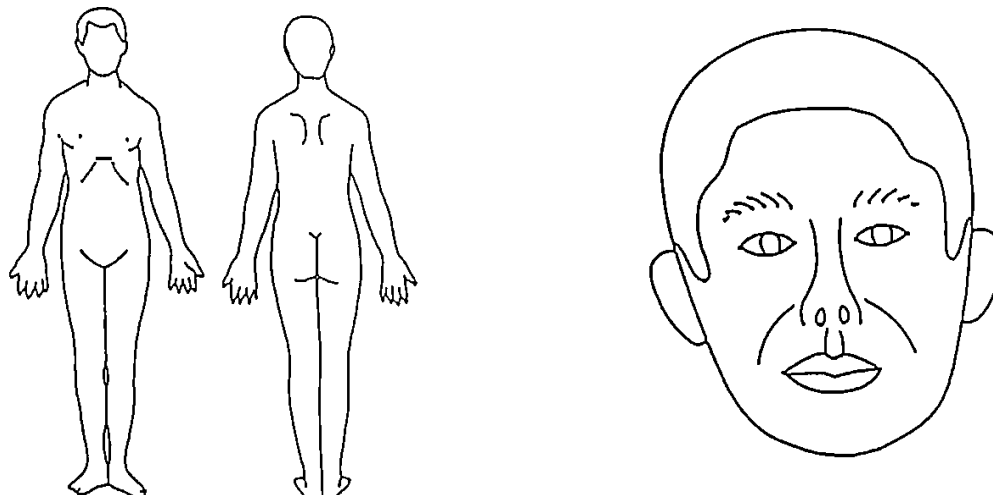
『ある』とお答えの方、お薬のお名前もしくはどのような症状の時に処方されたお薬ですか？

[_____]

両面ご記入してください

本日の診療について

1、診察の受たい場所に 印をつけてください。



2、症状をお選びください。

皮膚科	湿疹・かぶれ 水虫 多汗症	じんましん 円形脱毛症 その他	アトピー イボ・タコ	にきび 白斑症
形成外科	外傷 巻き爪 血管腫 陥没乳頭	アザ 唇裂・口蓋裂 ケロイド その他()	ほくろ 皮膚のできもの わきが	ヤケド 傷跡修正

以下は健康保険適用されません。

シミ レーザー脱毛 ピアス しわ・たるみ	コラーゲン注入 ソフトピーリング プラセンター注射 血小板療法	ヒアルロン酸注入 イオン導入 カクテル注射 ボトックス注入	針脱毛 イレズミ除去 うす毛治療 その他()
-------------------------------	--	--	----------------------------------

3、いつ頃から

_____年____月____頃より

_____歳より

_____位前から

4、女性のみお答えください。

現在、生理中ですか？	はい	いいえ
妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
授乳中ですか？	はい	いいえ

5、嗜好品

タバコ	1日_____本位 全く吸わない	酒	毎日飲む 1週間に2回以上 1週間に2回以下 全く飲まない
-----	---------------------	---	--

両面ご記入してください