

ふりがな：	男 ・ 女	住所：	〒	—
氏名：				
※本名でお呼びすることに差し障りがある方はお申し出ください		電話番号：	—	—
		携帯電話：	—	—
生年月日：	大正・昭和・平成	緊急連絡先：	—	—
年	月	日	(	歳)
			(氏名)	(関係)

身長： c m 体重： k g 体温 ℃

・分院への通院歴はございますか？ なし ・ あり（わかば宮本医院・幕張クリニック・わかば検査・健診クリニック）

・今日はどうされましたか？ 当てはまるものに○をつけてください

頭痛・発熱・鼻炎・咳や痰・吐き気・下痢や腹痛・

高血圧・検査異常・腰痛や関節痛・けが・検査希望

その他

診断書・予防注射・プラセンタ注射

※心療内科・物忘れ・禁煙外来は予約制になっております。

・以下の病気などで治療を受けたことがある、または今現在受けていますか？

糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・結核・脳血管疾患・胃腸疾患・内分泌疾患（甲状腺など）

がん・緑内障・前立腺肥大・メンタル・その他重要なもの

・手術を受けた経験はありますか？ なし ・ あり

・現在服用中の薬はありますか？（お薬手帳などあれば見せてください） なし ・ あり

・お薬や食べ物でアレルギーまたは副作用はありますか？ なし ・ あり

・特定健診の受診歴 なし・あり（ 年 月 日）

・お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 飲む

・タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う / 以前吸っていた

・最近外国から帰国されましたか？ いいえ ・ はい

・女性の方へ 現在 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい ・ わからない

・介護保険の申請を希望しますか？ いいえ ・ はい

当院を何で知りましたか？ よろしければ下記該当項目に○をつけてください

ネット検索・口コミ（知人や家族から）・近くを通った・他院からの勧め・その他

当院までの交通手段を教えてください 車 (又はタクシー) ・電車・バス・自転車 (又はバイク) ・徒歩

問診票 裏面

両面印刷（長辺綴じ）で印刷してください