

# 問診票

フガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

① 喫煙 する (1日 \_\_\_\_\_本くらい) しない

② 薬物アレルギー 有 ( \_\_\_\_\_ ) 無

③ 現在、服用している薬 有 ( \_\_\_\_\_ ) 無

④ 以下に該当する既往歴があれば、をしてください。

ぜん息 B型肝炎 C型肝炎 梅毒

⑤ 今までにかかったことのある病気 (上記以外) があれば記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

⑥ ご家族に高血圧・糖尿病・癌等があれば、記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

別紙の個人情報の取り扱いについて同意し、本問診表を提出します。

※当院では個人情報保護法に基づいて情報管理をしております。

花みずきウィメンズクリニック 吉祥寺