

年 月 日

診療受付表

記入後受付にお渡しください。よくわからない項目は記入されなくてもかまいません。

<ふりがな>

< お名前 >

< 同伴の方のお名 >

続柄 ()

<生年月日> 明治・大正

昭和・平成 年 月 日 年齢 才

< 現住所 >

< 性 別 >

男性・女性

〒

<電話・自宅>

<携 帯>

※ 当院より連絡が必要な場合、上記の連絡先に「光と風の心療クリニック」の名前を
あげて電話連絡をしても構わないですか？ (はい ・ いいえ ・ 携帯のみ可)

問 診 表

1. 今回ご相談されたいことはどんなことですか？

2. 今回ご相談されたい件でどちらか他の病院を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)
受診されたことがある方は病院名を教えてください。病院名 ()

3. 現在、病気やけがで通院中の方は病名と病院名を教えてください。

4. 薬(注射、のみ薬、ぬり薬など)で発疹がでたり、気分が悪くなったりしたこと
がありますか？ (はい ・ いいえ)

5. 以下の病気にかかられたことがあれば○をつけてください

喘息 高血圧 心臓病 糖尿病 その他 ()

6. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠中ですか (はい ・ いいえ)

7. どのような経緯でこちらを受診されることになりましたか？

インターネット 看板 広告 紹介 () その他 ()
ありがとうございました