問診票

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名　　生年月日　西暦　　年　　月　　日（　　歳）

電話番号（自宅）　　（携帯）

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。