

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 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

④ 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。

(_____)

⑤ 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