

問診票

ふりがな

名前 () 生年月日 年 月 日・()歳

性別: 男 女

住所(市町村・番地・建物名までご記入ください)

:(〒 - 市・郡 町 番地)

電話番号: 携帯 _____ 自宅 _____

○今日はどのようなことで受診されましたか(自覚症状があればいつ頃からもご記入ください)

[]

○今まで指摘されたことのある病気や入院・手術歴があれば教えてください

[]

○血のつながった家族で以下の病気をお持ちの方がいればチェックを入れてください

心臓病 高血圧 糖尿病 高脂血症

どなたですか? () () () ()

○生活習慣等にかかわる問診

喫煙: 吸う(歳から 本/日) 止めた(吸っていた期間は 歳~ 歳) 吸わない

飲酒: 飲む(酒の種類: / 1日に飲む量:) 飲まない

仕事: あり(内容:) なし

家族: 独居 同居家族あり(どなたですか?:)

アレルギー: あり() なし

常用薬: あり() なし

○マイナンバーカードでオンライン資格確認を行った方のみお答えください

全て同意するを選んだ 全て同意しないを選んだ その他()

※以下はアンケートになりますので宜しければご回答ください

○当院のことをどのように知りましたか(複数回答可)

知り合いからの口コミ Web(ホームページや医療機関検索サイトなど) 道沿いの看板

ショッピングモール内のデジタル広告 自宅が近所 その他()

○自家用車でいらした方にお聞きします: 来る道中の看板の道案内は役立ちましたか

とても役立った 道は知っていたので案内は必要なかった 看板の場所が分からず道に迷った

その他何かご意見・要望があれば自由にご記入ください

[]

さとり循環器・内科クリニック