ID No.

あだちクリニック患者情報／問診票

答えられる範囲で記入してください。

個 人 情 報

個人情報の保護に関して

当院における個人情報の利用目的に関しては、個人情報保護に関する院内掲示に示されているとおりです。特にお申し出のない場合は、ご同意頂いた事とさせて頂きますので予めご了承願います。個人情報、または診察に関してご質問がある場合はお気軽にお尋ねください。

フリガナ：

氏　名：

住　所：〒

電話番号：

携帯電話：

保護者（未成年者の場合）：

続柄：

連絡用番号：

（自宅・勤務先・その他）

性　別：　男　女

生年月日：　年　月　日　歳

職　業：

勤務先：

医療明細書は必要ですか？

□ はい

□ いいえ

どのようにこの医院を知りましたか？

□知人・友人の紹介　□電話帳

□他の医師の紹介　□看板を見て

□インターネットで　□その他

□以前に受診したことがある

今日はどのような理由で来院されましたか？（風邪、健康診断、症状など）

服用中のお薬

薬へのアレルギー：□なし

手術／入院（いつ頃、どんな手術、入院の理由）

女性の方：　□妊娠中　又は可能性：□あり　□なし

習慣

たばこ：　1日　本　年間

アルコール：　種類：

1日　合・杯・cc