

# すてらめいとクリニック問診表

ID

初診日 200 年 月 日

フリガナ			
名前(漢字)			
* 番号でお呼びすることを希望される方は○印をおつけ下さい。ニックネームをお使いになる方は下記にお書きください。			
番号希望		ニックネーム	
生年月日	西暦 or 明治 大正 昭和 平成	年	月 日
性別	男 女 または( )		
郵便番号	—		
住所(自費診療の場合は省略可)			
* 電話連絡先はいずれか1ヶ所以上必ずお書きください			
電話番号(固定電話)			
電話番号(携帯電話)			
メールアドレス			

どのような症状で来られますか

今までにかかった大きな病気を教えてください

薬のアレルギーはありますか

(女性の方へ)最終月経について、下記○印をおつけ下さい

- ・ 年 月 日から始まり、( )日間
- ・ 覚えていない(妊娠の可能性あり・なし)

当クリニックをどちらでお知りになりましたか