

問診表

7) お薬手帳はお持ちですか？（コピーしてもよろしいでしょうか はい いいえ）

・ はい いいえ

8) たばこは吸いますか？

・ いいえ

・ はい （一日平均 本 を 年間 ）

9) お酒は飲みますか？

・ いいえ

・ はい （種類： を一週間に 日 ）

10) 今まで薬や食べ物などでアレルギーになったことはありますか？

・ いいえ

・ はい （ ）

11) ご家族の病歴についてわかる範囲でご記入ください。

父（ ）母（ ）兄弟（ ）

祖父（ ）祖母（ ）

12) 女性のための質問です。

1. 妊娠していますか？ はい いいえ 可能性がある

2. 授乳中ですか？ はい いいえ

13) 緊急時の連絡先について（ご記入は自由です）

氏名（ ）関係（ ）連絡先（ ）

アンケートにお答えください

どのようにして当院を知りましたか？（複数回答可）

1) 駅広告 2) インターネット 3) 紹介 4) 通りかかった 5) 電話帳 6) 看板

ご提供いただいた情報は、医療業務上必要な範囲内で利用させていただきます。ご本人の同意なく第三者への情報を個人情報の提供を行いません。



愛し野内科クリニック
Itoshino Medical Clinic