

# 響クリニック問診票

記入日：R 年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	

■ 現在お困りのこと（症状など）を、お教えてください。

(ご本人) .....

(ご家族) .....

■ いつごろからお困りですか？／きっかけは、ありますか？

.....

■ これまでに、そのことについて、治療を受けたことがありますか？

.....

■ 現在、お体の病気などで、他の病院にかかっていますか？／服用されている薬はありますか？

.....

■ 現在、あるいは最近のお仕事をお教えてください。

.....

■ 現在、どなたとご同居されていますか？

.....

■ 次の質問にお答えください。

- ① 睡眠 : 良い 普通 悪い
- ② 食欲 : 良い 普通 悪い
- ③ 便秘 : 良い 普通 悪い
- ④ 酒 : のまない のむ (□たまに、□時々、□週に4日以上 (酒量.....))
- ⑤ 煙草 : のまない のむ (一日.....本)
- ⑥ アレルギー : ない ある (薬・食物.....)

■ 響クリニックを何でお知りになりましたか？

インターネット、電話帳、他院からのご紹介、人から聞いて、その他 ( )

■ 本日は何でお越しになりましたか？ : 徒歩 自転車 車 バス その他 ( )

ありがとうございました