

ID

# 予診表

年 月 日

ふりがな

■ 氏名

■ 生年月日 ( T / S / H )

■ 住所

年 月 日 ( 才 )

■ 性別

男 - 女

■ TEL

■ 身長

cm

/ 体重

kg

■ 職業

■ E-mail

・本日は何科におかかりですか？

[ 内科 ・ 皮膚科 ・ アレルギー科 ・ 小児科 ・ その他 ]

・どのような症状で来院されましたか？

・現在服用されているお薬はありますか？

( はい 、 いいえ )

種類

・今までに手術をしたことがありますか？

( はい 、 いいえ )

どのような手術ですか

・くすり、飲食物のアレルギーはありますか？

( はい 、 いいえ )

種類

・生活習慣

タバコ ( + or - )

お酒 ( + or - )

ダイエット ( + or - )

運動 ( + or - )

・好きな食べ物とスポーツは何ですか？

十番クリニック