

内藤医院 初診問診票

ご予約日	年	月	日	記入日	年	月	日	
ふりがな				生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年			
氏名 (本名)					西暦	年	月	日 (満 歳)
				性別	男 ・ 女			
ご職業			身長	cm	体重	kg	平熱	°C
住所	〒	-	ふりがな					
血液型	A ・ B ・ O ・ AB (RH + -)			FAX				
電話				携帯				
当院から年4回程度、新商品や治療のご案内を発送しております。					希望する	希望しない		
メールアドレス ご予約のお日にちが近づきましたらメールにてご案内いたします。		@						
この1年間の体重の変化は?		変わらない		・	kg位増えた	・	kg位減った	
御相談なされたい内容・ご希望を教えてください (いつから・何が・どのようですか)								
上記に関して他院での検査・治療・手術があればご記入下さい								
今までに病気で治療・入院・手術を受けたことがあればご記入下さい								
血縁関係のあるご家族で大きな病気をされた方はいますか								
アレルギーがありましたらご記入下さい (薬・食べ物・動物・花粉・金属など)								
当クリニックは何でお知りになりましたか? ご紹介者がいらっしゃいますか?								
★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★				女性の方に伺います		★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★		
現在妊娠している可能性がありますか		ある ・ ない		初潮年齢	歳	閉経年齢	歳	
生理の具合はどうか(痛み・出血など)								
生理と関連した体調の変化はありますか								

コストの希望は直接お知らせください 伝えにくい場合番号に○をつけてください	1. できる限り検査・治療・サプリメントを紹介してほしい 2. 状況によって判断したいので標準的なものを実施したい 3. あまり費用はかけたくないができれば診察に重点をおきたい 4. あまり費用はかけたくないができればサプリメントに重点をおきたい
--	--

初診の方は予約日の一週間をきってのキャンセル・日程変更につきましては、診察予約時間の50%分をキャンセル料として頂戴致します。ご予約をお待ちになっている患者様やご家族の方がいらっしゃいますので、何卒ご理解・ご協力いただきますようお願い申し上げます。