

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	西暦	年	月 日 (満 歳)
氏名 (本名)				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			
緊急連絡先	氏名： (続柄) 電話：						
E-mail	@						
当院から年4回程度、新しい医療情報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		
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) 他院での検査・治療・手術があればご 記入下さい							
信仰、宗教、迷信等に関しても気になる ことがあれば当院では遠慮なくお話し 下さい (例：墓じまい、井戸の事、霊能者に 言われた事、宗教的問題等)							
今までに治療・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?	HP を見て ・ 家族 ・ 知人() ・ その他()						

※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、診察料金の50%分をキャンセル料として頂戴致します。

※当院は自由診療のため自費診療であり、健康保険の適用にはなりません。

上記をご了承されたうえ、診療予約をお申込み下さい。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

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	<ol style="list-style-type: none"> 1. できる限り検査・治療・バイオサポー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バイオサポートに重点をおきたい
--	--