ご記入日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | 年齢 |
| 氏名 | 男  ・  女 | | 昭和  平成　　　　　　年 　　　月　　　　日  令和 | | 歳 |
| 住所 | 〒　　　　　- | | | | |
| T　E　L | -　　　　　　- | 携帯電話 | | -　 　　　　　- | |
| F　A　X | - 　　　　 - | アドレス | |  | |

1. ご来院される目的を教えてください。
   * 病気の治療　（病名： ）
   * 健康増進　　□　食養生　　□　美容　　□　その他（ ）
2. 気になる症状はありますか？
   * 特になし
   * あり

治療期間、病名、かかりつけ医、内服薬、採血結果など詳細をご記入下さい。

1. 現在取り組んでいることはありますか？
   * 特になし
   * あり ・食事に関して　　　（ 　　　　　　）

・運動に関して　　　（ ）

・サプリメント・漢方等 （ ）

・その他 　（ ）

1. アレルギーはありますか？
   * 特になし
   * あり ・食べ物 （ ）

・薬 （ 　　　　　　 ）

・その他 ：　アルコール　・　花粉　・　（ ）

➡　つぎのページへ

1. 鶴見クリニックを知ったきっかけを教えてください。
   * 本・雑誌を読んで （書籍名 ）
   * ご紹介 （ご紹介者様名 ）
   * ホームページを見て （検索キーワード ）
   * その他 （ ）
2. 鶴見クリニックのサポートに関して

・診察後のフォロー（スタッフによる電話）　□　希望あり □　希望なし □　どちらでもよい

・再診のお知らせハガキ 　 □　希望あり □　希望なし □　どちらでもよい

・その他案内（主に郵便物） 　 □　希望あり □　希望なし □　どちらでもよい

1. 鶴見先生、看護師、スタッフにご要望があればご記入ください。

＜問診票＞

ありがとうございました。