

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 令和	年 月 日	歳
住所	〒 -			
TEL	- -	携帯電話	- -	
FAX	- -	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: _____)
- 症状の改善(症状: _____)
- 健康増進 美容 その他(_____)

2. 現在治療中のご病気はありますか？

- 特になし
- あり

治療期間、病名、かかりつけ病院、内服薬、採血結果など詳細をご記入下さい。

3. 現在取り組んでいる治療法はありますか？

- 特になし
- あり
 - ・食事療法 (_____)
 - ・運動療法 (_____)
 - ・サプリメント (_____)
 - ・その他 (_____)

4. 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

鶴見クリニック

5. 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 (_____)

6. 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

7. 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。

ありがとうございました。