

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: _____)
- 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。

3. 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 (_____)

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。