

ID _____

禁煙外来用問診票

平成 年 月 日

ふりがな：	男 ・ 女	住所： 〒 _____
氏名：		
※本名でお呼びすることに差し障りがある方はお申し出ください		
生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		電話番号： _____ 携帯電話： _____
メールアドレス：ご希望の方のみご記入（PCからメール受信できるアドレス）		

わかる範囲で下記にご記入お願い致します

身長： _____ cm

ご職業（具体的な業務内容または業種）

- ・自動車などの運転、または危険を伴う業務がありますか？ いいえ ・ はい
- ・以下の病気などで治療を受けたことがある、または今現在受けていますか？
糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・結核・脳血管疾患・胃腸疾患・眼科疾患・メンタル
内分泌疾患（甲状腺など）・がん・手術 その他重要なもの（ _____ ）
- ・現在服用中の薬はありますか？ お薬手帳などあれば見せてください なし ・ あり
- ・お薬や食べ物でアレルギーまたは副作用はありますか？ なし ・ あり
- ・お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 飲む
- ・女性の方へ 現在 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい ・ わからない

当院を何で知りましたか？ よろしければ下記該当項目に○をつけてください（本日初診の方のみ）

ネット検索・口コミ（知人や家族から）・近くを通った・他院からの勧め・その他 （ _____ ）

当院までの交通手段を教えてください 車（又はタクシー）・電車・バス・自転車（又はバイク）・徒歩

ご記入ありがとうございました

わかば宮本医院