福井クリニック問診票

当院では、**内科・循環器科・消化器科**、および**眼科**の保険診療と**禁煙、ED、男性型脱毛症、コンタクトレンズ**の自由診療を行っております。保険診療の場合は初診時と月の初めに保険証をご呈示ください。

ご住所	
ふりがな	
お名前	
生年月日	
ご自宅電話番号	
携帯電話番号	

◎　本日の受診の目的を教えてください。

□　内科（消化器科、循環器科）の診療
□　眼科の診療
□　検診、検査、診断書などの書類
□　コンタクトレンズ
□　禁煙外来
□　その他の自由診療（　　）

◎　当院を選ばれた理由を教えてください。

□　ご紹介
□　インターネット
□　電話帳
□　直接建物や看板を見て。

◎　現在、お困りの症状を教えてください。

◎　現在かかっている他の医療機関と病名を教えてください。

◎　現在使用されている薬や健康食品、サプリメントがあれば教えてください。

◎　いままでに大きな病気をした方は教えてください。

◎　アレルギーや薬の副作用の経験があれば教えてください。

食べ物（　　）　アトピー　喘息　花粉症（　　）
薬（　　）（　　）（　　）

◎　患者の立場から希望を教えてください。

□　高くても信頼性の高い薬　□　安い薬（ジェネリック）□　医師に任せる
□　高いレベルの医学、技術　□　検査はしないでほしい　□　必要最低限の検査