提出日　平成　　年　　月　　日

御茶ノ水聖橋クリニック　問　診　票

（診察を円滑に行うため、問診票へのご協力をお願いいたします）

（よみがな）
御氏名*：　　性別*　　男　　女
生年月日*：大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
御自宅住所*
〒　　ー

御自宅電話連絡先*
TEL：　　（または携帯電話）
会社連絡先　TEL：　　（内線）
（*印は必ずご記入下さい）

1．当クリニックを何でお知りになりましたか？
インターネット　　医師の紹介　　御友人の紹介　　看板　　雑誌
会社が近いため　　自宅が近いため　　その他（　　）

2．本日はどのような症状で御来院なさいましたか？

3．その症状はいつ頃からありますか？

4．特にご希望の治療・検査はございますか？

5．これまでに薬剤のアレルギーや副作用の既往はございますか？
また、現在常用薬はございますか？

6．他の医療機関におかかりですか？また、何の病気でおかかりですか？

7．御家族（血縁）に大きな病気はございますか

以上、ありがとうございました。

御茶ノ水聖橋クリニック