

手稲ネフロクリニック 新来患者様問診票

フリガナ

氏名 _____ 大、昭、平 _____ 年 月 日 生まれ

住所 _____ TEL _____

携帯 _____

どのような症状で来院されましたか？ _____

特に希望される検査や治療がありますか？ _____

家族に持病がありますか？(高血圧・糖尿病・腎臓病・脳卒中・心臓病・癌など何でも)

父親 _____ 兄弟 _____

母親 _____ その他の血縁者 _____

あなた自身が今までにした病気をお書きください。

病名 _____ 歳の時 _____ 病名 _____ 歳の時 _____

病名 _____ 歳の時 _____ 病名 _____ 歳の時 _____

輸血を受けたことがありますか？ ある ない

結婚していますか？ 結婚したことがない 結婚している
結婚したが、現在は独身→ 次のどちらですか？ 死別/離婚

タバコは？ 吸わない 1日 _____ 本を _____ 年間吸っている
1日 _____ 本を _____ 年間吸っていたが _____ 年前にやめた

お酒は？ まったく飲まない 時々付き合いで飲むだけ
毎日飲む→ ビールを1日 _____ ml
日本酒を1日 _____ 合
ウイスキー(ロック・ダブル・シングル)を1日 _____ 杯
その他 _____

次のものをよく食べますか？ 甘いもの 塩辛いもの 卵、いくら、数の子

アレルギーがありますか？ ない ある →下に書いてください
薬→ _____ 身に付けるもの→ _____
食べ物→ _____ 病院の検査/治療で→ _____

現在治療中の病気がありますか？ ある ない

病名 _____

病・医院名 _____ 医師名 _____

薬の内容 _____

当院をお選びになった理由を教えてください。

- 広告を見て →何の広告ですか？(_____)
 他人に勧められて
 その他 (_____)
 特に理由はない

ご協力ありがとうございました

院長 向 博也