

～初めて診察を受けられる方へ～

問診票

記入日 月 日

フリガナ お名前		携帯番号	() -
〒 ご住所	-	生年月日	大正 昭和 年 月 日 才 平成

☆どちらで当院をお知りになりましたか？

当院の前を通過して () 知人・友人 () 家族 ()
インターネットを見て (グーグル・ヤフー・フェイスブック・インスタグラム)

☆当院について、簡単なアンケートにご協力ください。

- ①予約の際の、電話対応は適切でしたか？ (良い 普通 悪い)
- ②希望日と初診(本日)までのお日にちをお教えてください。(数日 1週間 2週間)
- ③診療内容の希望をお聞かせください。
- 保険範囲内を希望 保険と自費の併用 自費でも構わない
栄養療法(オーソモレキュラー)に興味がある サプリメントに興味がある

当院受診に至った一番つらい症状は何ですか？

()

その他の随伴症状があれば○をつけてください。

- | | |
|--------------|-----------|
| 不眠が続いている | 便秘・下痢・吐き気 |
| 不安感がいつもより強い | |
| イライラがいつもより強い | 頭痛がひどい |
| 憂うつ感がいつもより強い | めまい、ふらつき |
| 興味・関心が全然湧かない | |
| 食欲が全くない | |
| 急に動悸がする | |
| 急に胸苦しさ、息切れする | |

今までに体の病気を患われたこと、あるいは現在治療中の疾患をお持ちですか？

(糖尿病 高血圧 高脂血症 脂肪肝 喘息 不整脈 緑内障 前立腺肥大症)
アルコール、たばこは摂取されますか ()