

問診票

ふりがな お名前	生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳	
	血液型 型 Rh () ←分かる方のみご記入ください	
携帯電話	身長 cm	体重 kg
e-mail	@ ※アンケートメールが配信される場合があります	
職業	<input type="checkbox"/> 既婚 結婚年月日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 近々結婚の予定 <input type="checkbox"/> 未婚	
住所	(〒 -)	
湘南美容グループの会員ですか？	<input type="checkbox"/> 会員 (統一診察券を持っている) <input type="checkbox"/> 非会員 (統一診察券を持っていない)	
緊急連絡先	氏名: (続柄:)	携帯電話:
	住所: <input type="checkbox"/> 本人と同じ ※異なる場合は記載をお願い致します。 (〒 -)	

本日はどのようなことで受診されましたか？

以前当院に通院されていた時からお変わりございませんか？

- 生理について ※必ず記載して下さい
・一番最近の生理開始日 (月 日から 日間 / 不明)
- 持病について 【ない・ある (あるに該当する方は詳しく教えてください)】
高血圧・喘息・心疾患・不整脈・糖尿病
アレルギー (食物: 薬剤:)
その他 ()
- 現在服用している薬はありますか？ 【ない・ある ()】
- 現在服用しているサプリメントはありますか？ 【ない・ある ()】
- 今までに大きな病気や手術を受けたことはありますか？ 【いいえ・はい】

時期	病名	手術法・処置	備考
S・H・R 年 月頃			
S・H・R 年 月頃			
S・H・R 年 月頃			

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。