

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	(〒 -)	
SBC グループの会員ですか?		<input type="checkbox"/> SBC 会員 (統一診察券を持っている) <input type="checkbox"/> SBC 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。 (〒 -)	

2週間以内に海外の渡航歴はありますか?	いいえ・はい (国/都市名)
発熱・呼吸器症状 (咳・喀痰・鼻汁など) はありますか?	いいえ・はい (症状)

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?

1) 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)

2) 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 ()

3) 現在服用している薬はありますか?【ない・ある ()】

4) 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。