予診表（初診用）

①

フリガナ	
お名前	男性　・　女性
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日 生（　　歳）
ご住所	〒
お電話番号	ご自宅　（　　） 携帯
	ご自宅への連絡の可・不可　……　可　・　不可

まことクリニックをどのようにしてお知りになられましたか？
□ホームページを見て　□タウンページを見て　□知人にきいて　□看板をみて
□その他（　　）

②「今回、どんなことがお困りでしょうか？」…紙面が足りなければ、裏面も使ってください。

・ 箇条書きで結構です。
・ 出来るだけ具体的にお願いします(どんな症状や問題が、いつ頃から、どんな風に etc)。
・ 気軽に書いてください。

③今まで、大きな病気をしたことがありますか？（いつ、どんな病気）

④ご家族で、大きな病気か同じような病気をされた方はいらっしゃいますか？
（どなたが）

（どんな病気）

⑤最後に、よろしければ家族関係を教えてください。

父方の祖父（存命・死亡）・祖母（存命・死亡）母方の祖父（存命・死亡）・祖母（存命・死亡）
父親（存命・死亡）　　母親（存命・死亡）
兄弟・姉妹（無・有：　　人兄弟（姉妹）の　　番目）　他の兄弟姉妹との間柄と、年齢
配偶者　（無・有）　　子供（無・有：　　人）

ご協力ありがとうございました。