記入日　西暦（　　）年（　　）月（　　）日

フリガナ

氏名：（　　）　性別：　男　・　女

生年月日：西暦（　　）年（　　）月（　　）日　年齢（　　）歳　身長（　　）cm　体重（　　）kg

住所　〒

電話番号：自宅　（　　）　携帯　（

メールアドレス：（

職業：会社員・教員・公務員・医療職（　　）・自営業・主婦・学生・その他（　　）

すみれが丘ひだまりクリニックからの電話連絡に関するご確認

すみれが丘ひだまりクリニックでは、予約の確認、あるいはお問合せ等の理由で、お電話させていただくことがございます。個人情報保護のため以下の事項について確認させていただきたいと思いますので、ご理解とご協力のほど、お願いいたします。

○ご連絡について

ご自宅　（可　・　不可）　携帯電話　（可　・　不可）

○お電話に出られた方に対してお伝えして良いものに○をつけてください。

（ご本人様以外の方が出られた場合も含む）

クリニック名　（可　・　不可）　担当者名　（可　・　不可）

○ご本人様不在時の対応について

留守番電話に伝言を入れる　（可　・　不可）

電話に出られた方へ伝言を伝える　（可　・　不可）

○上記以外にご連絡時のご要望がございましたらご記入下さい。

（　　）

○ご希望の方に当院のお知らせなどを、お送りさせていただきます。　（希望　・　不要）

◇当院を知ったきっかけは何でしたか。

□山本記念病院　□すみれが丘そよかぜクリニック　□当院のホームページ

□当院患者様の紹介（紹介者　　）

□他院（医師・療法士）からの紹介（紹介者　　）

□講演会・セミナー（　　）

□雑誌（　　）　□その他（　　）

◇なぜ当院を選ばれましたか。

□アントロポゾフィー医療に興味があった　□自然療法に興味があった　□近いため

□家族、友人に勧められた　□医師、療法士に勧められた　□自由診療部に受診していた

□西洋医学では症状が改善しなかった　□その他（　　）

◇ご予約時のご要望がございましたらご記入ください。

例：家族と時間が重ならないようにしてほしい。同じ職場／学校の人と重ならないようにしてほしい。
月の医療費を2万以内にしたい。等

問診票

ID　　氏名

1. 本日いらした目的や、当院の治療に期待することを教えてください。

（　　）

2. 他の病院にかかっていますか。　☐いない　☐いる（病名　　）

3. 現在、飲んでいるお薬（サプリメントも含む）はありますか。　☐ない　☐ある

（薬品・サプリメント名　　）

4. いままでに下記の病気を診断されたことがあれば✓をつけてください。

☐喘息（　　）歳　☐肺炎（　　）歳　☐結核（　　）歳　☐過換気症候群（　　）歳

☐心疾患（　　）歳　☐不整脈（　　）歳　☐先天性心疾患（　　）歳　☐狭心症（　　）歳

☐心筋梗塞（　　）歳　☐高血圧（　　）歳　☐逆流性食道炎（　　）歳　☐胆のう炎（　　）歳

☐胃・十二指腸潰瘍（　　）歳　☐腸疾患（　　）歳　☐糖尿病（　　）歳

☐前立腺肥大（　　）歳　☐尿路結石（　　）歳　☐膀胱炎（　　）歳　☐小児泌尿器疾患（　　）歳

☐脳疾患（　　）歳（例：脳梗塞　　）

☐がん（　　）歳（例：肺がん　　）

☐アトピー性皮膚炎（　　）歳　☐じんましん（　　）歳　☐食物アレルギー（　　）歳

☐感染症（B 型肝炎・C 型肝炎・エイズ・梅毒）（　　）歳

☐その他（　　）

5. ご家族（祖父母・両親・子供）の病歴をお書きください。

例：脳梗塞（父方祖母）糖尿病（父）高血圧（母）　＊祖父母は父方か母方かも記入してください。

（　　）

6. 薬や注射、花粉などでじんましんやアレルギー反応が出たことがありますか。　☐ない　☐ある

原因が分かれば教えてください（　　）

7. 酒　☐飲まない　☐やめた　☐飲む（　　を　　／日・週　　回）

8. タバコ　☐吸わない　☐やめた　☐吸う（　　本／日）

9. 過敏なものがあれば✓をつけてください。

☐音　☐暑さ　☐寒さ　☐におい　☐接触　☐その他（　　）

10. 視力について　右（　　）　左（　　）

☐近視　☐遠視　☐乱視　☐斜視　☐老眼　☐まぶしいと感じやすい

11. 女性の方のみお答えください。

初潮（　　歳）

月経周期　☐順調　☐不順　☐閉経（　　歳）

出血量　☐多い　☐普通　☐少ない

月経中や月経前後の不調　☐ない　☐ある（例：月経前に頭痛　　）

妊娠したこと　☐ない　☐ある（　　回）

出産したこと　☐ない　☐ある（　　回）（☐自然分娩　☐帝王切開）

更年期症状　☐ない　☐ある（いつ頃から　　）

どのような症状（　　）