小松クリニック　再診(初診)問診票

＊□にはレを入れてください

生年月日　　　　年　　　　　月　　　　日　　性別　□男性　□女性

住所、連絡先に変更ある場合:住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

Email:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　！重要ファイルを送付することがありますの

で携帯メール、フリーメール等はおやめください。

○本日、ご希望の受診内容にチェックをお入れください、もしくは、そのほかの場合はお書きください。

□　薬のみ。⇒　内容（

　　　）

□　検査のみ。⇒　□採血検査　□レントゲン検査　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　診察の上相談。

□　その他の場合は具体的にお書きください。（

　　　）

その症状はいつ頃からですか？　　　　　　　　　　（　□日　□週間　□ケ月　□年）前から

○現在、妊娠をしていますか？可能性がありますか？

　　□ない　　□ある　⇒　（　　　　　）□週　□月

**保険証のコピーおよび、緊急時連絡の同意書**

当院が診療に関して、保険証のコピーを取り保管する事、および、保険証から得た個人情報に基づき、緊急時、電話等の連絡をさせて頂く事に同意する。

西暦　　　　　年　　　　　月　　　　日

患者様氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

家族又は代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）