健康増進クリニック

問　診　票

【健康増進・アンチエイジング用】

ID：

ふりがな 記入者名	続柄	記入日　　年　　月　　日

患者様情報

ふりがな 氏 名	男　女	生年 月日　　年　　月　　日　　才
住 所　〒		TEL　　－　　－
		携帯　　－　　－
		FAX　　－　　－
緊急連絡先　続柄		TEL　　－　　－
(ご本人以外)　氏名		携帯　　－　　－

婚姻の状態　未婚　既婚　離婚　未亡人	こども　無・有　　人	身長　　cm	体重　　kg
家族構成	現在及び以前の職業		
現在通院中の病院　無・有			
有の場合病院名：　　病名：			
既往歴：			
糖尿病　無・有	有の場合インシュリンの使用　無・有		
家族の病歴　（特筆する病気があれば続柄と病名）：			
アレルギー疾患　無・有　食物・金属等：			
薬物アレルギー　無・有　有の場合薬品名：			

現在内服している薬があればご記入ください

現在摂取しているサプリメントがあればご記入ください

相談内容