

# ミチワクリニック外来問診票

〒157-0066 八丁堀3-19-9トーエイ八丁堀ビル5F ミチワクリニック

TEL03-3552-7099 Fax:03-3552-7500

＜基本情報＞			記入日	年	月	日
ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成・令和 年		
お名前	漢字	男		西暦・ 年		
	ローマ字	女		月 日生 ( 歳)		
ご住所	ふりがな					
	〒 -					
身長	c m		20歳時の身長:	c m		
体重	k g		あなたにとってのベスト体重:	k g		

## ＜連絡先＞

ご希望のご連絡方法を記載してください

電話番号	第一希望	- -
	検査結果・個人情報をこの電話番号に残しても良いですか? はい ・ いいえ	

電話番号	第二希望	- -
	検査結果・個人情報をこの電話番号に残しても良いですか? はい ・ いいえ	

F A X	- -
	検査結果・個人情報をこのFAX番号に残しても良いですか? はい ・ いいえ

E-Mail	@
	検査結果・個人情報をこのアドレスに残しても良いですか? はい ・ いいえ

## ＜緊急連絡先＞

お名前		電話番号	
ご本人とご関係			

## ＜医療情報＞

かかりつけの診療病院や専門病院はありますか? はい ・ いいえ

病院名		担当医師名	
住所			
電話番号			

## ＜受診の目的＞

なぜ当院を受診しようと思われましたか?

[ ]

現在、一番気になる症状を教えてください。

[ ]

**<これまでの症状の経過>**

いつ頃から、どのような症状が見られましたか？ 経過がわかるように、なるべく詳しく記載して頂けると幸いです。

[ ]

**<治療を受けていた方へ>**

上記症状に、どのような診断で、どのような検査や治療を受けましたか？

※治療を受けていた治療施設名もご記載下さい。

薬やサプリメント等の処方を受けていた場合は、一緒に記載して頂ける参考になります。

【診断名】

\_\_\_\_\_

【病院名】

\_\_\_\_\_

【薬・サプリ】

\_\_\_\_\_

【検査】

\_\_\_\_\_

【治療効果】

(改善・不変・悪化など)

[ ]

あてはまるものに ○を付けて下さい

- ( ) 予算が限られているので、なるべく低額での検査・治療を希望
- ( ) 病態に応じて、予算とのバランスを考えた適切な検査・治療を希望
- ( ) 将来の健康まで考えた最良の検査・治療を希望

あてはまるものにチェックを付けて下さい

- ( ) いつも口を開けている
- ( ) 食べるときにくちやくちゃ音を立てる
- ( ) 朝起きた時に喉がひりひりする
- ( ) 歯のかみ合わせが悪い
- ( ) 唇がよく乾く
- ( ) いびきや歯ぎしりがある
- ( ) 口臭が強い
- ( ) たばこを吸っている
- ( ) 鼻咽頭から喉へ痰が流れる
- ( ) 話し声のかすれや鼻声がある
- ( ) 口呼吸である





