保科クリニック

患者様情報用紙

フリガナ：	
お名前：	
ご住所：〒(　　－　　)	
携帯番号(必須)：　　－　　－	ご自宅：　　－　　－
生年月日：　大・昭・平・西暦　　年　　月　　日生まれ	
職種：	
性別：　男性　・　女性	身長/体重：　　ｃｍ　/　　ｋｇ

◆ かかりつけ医：　なし　/　あり　　病院・クリニック

◆ご来院のきっかけ：　　様からのご紹介　/　ご近所　/　WEB

◆ご来院目的：発熱外来　/　高血圧　/　糖尿病　/　脂質異常　/　精神的お悩み

その他 _____

_____

_____

_____

◆最近の生活習慣

たばこ：　吸わない　/　吸う　　１日　　本　・　　年間

アルコール：　飲まない　/　飲む　　毎日　・　週　　日