

# ネクストクリニック問診票



の項目は、必ずご記入ください。 特にない場合は、なしとご記入ください。

初診日： 年 月 日

ふりがな		お電話番号	
お名前		携帯電話番号	
男性 ・ 女性	西暦	年 (昭和・平成 年)	月 日 ( 歳)
ご職業		メールアドレス	
ご住所 〒			
気になる症状(いつごろから、どの場所に、どういう症状かなど)			
改善したいこと(優先順位順にご記入ください。)			
1			
2			
3			
ご希望の治療や気になることなどはございますか？			
既往歴(これまでに大きな病気をされたことがありますか？)		手術歴(いつごろ、どのような手術か教えてください)	
家族歴 (ご家族の方で大きな病気をお持ちの方がいたら教えてください。)		アレルギーについて (薬、食べ物など、あれば教えてください)	
お薬について(現在内服されたり、使っている薬を教えてください。) ※お薬手帳をお持ちの方は、お見せくださいますようお願いいたします。			

● コンタクトレンズはつけていますか？  いいえ ・  はい ( ソフト ・ ハード )

● ご予算はございますか？ ( )円くらい

● 通いやすい曜日やお時間帯はございますか？( )

● ご来店のかっかけを教えてください。

ご紹介  インターネット  雑誌( )  その他( )

※差し支えなければご紹介者様を教えてください。 ( 様 )