

問診表

小池統合医療クリニック

| | | | |
|------|----------------------------------|----|------|
| No. | 記入日 平成 年 月 日 | | |
| ふりかな | | | 家族構成 |
| 氏名 | (男・女) (既婚・未婚) | | 名 |
| | | | ご職業 |
| 生年月日 | <small>明・大 昭・平</small> 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒 | | |
| 自宅 | .() — | | |
| 携帯 | .() — | | |
| 勤務先 | .() — | | |

1 主な御相談内容をお書き下さい(複数可)

2 ご希望の自然療法がございましたらお書き下さい

3 当クリニックは何でお知りになりましたか？

- ・テレビ・雑誌・新聞 ()
- ・知人からの紹介 (様)
- ・ほかの病院からの紹介 ()
- ・インターネット
- ・看板

4 講演会などのご案内をお送りしてもいいですか？

(はい ・ いいえ)

5 身長 cm
体重 kg