

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	名		
氏 名	(男 ・ 女) (既 婚 ・ 未 婚)			ご職業			
生年月日	<small>明・大 昭・平</small> 年 月 日	年 齡	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