

問診票

ふりがな				生年 月 日	大正・昭和・平成・令和
お名前		性別	男・女		年　月　日（　歳）
ご住所	〒（　　-　　）				
連絡先	eメール	@		携帯電話（　　-　　-　　）	
緊急連絡先	氏名もしくは勤務先			携帯電話（　　-　　-　　）	

【当院を知ったきっかけを教えてください】

ファミリークリニック長町院の方に通院したことある（はい / いいえ）

知人、家族の紹介（ご紹介者のお名前 _____ さん）

当院の保険診療インスタをみて　当院の美容インスタをみて　チラシをみて

①看板をみて（サンデー駐車場の出口前）②看板をみて（荒井）　バス車内放送をきいて

Google, Yahoo!キーワード検索（ _____ ） ←検索した言葉を教えてください

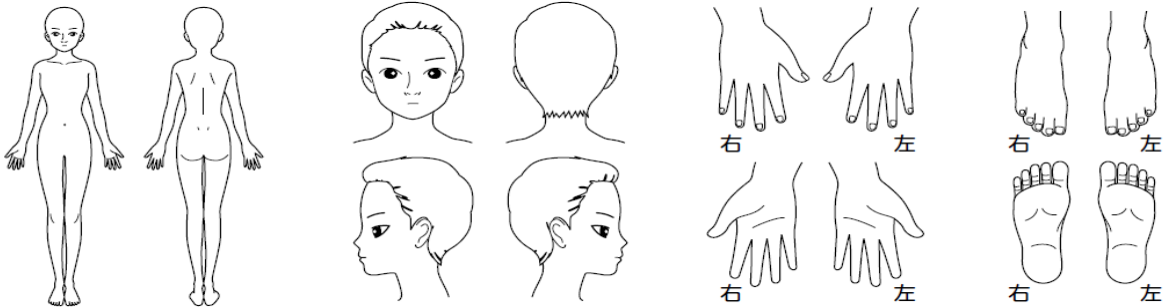
その他（ _____ ）

【いつからどんな症状がありますか？】

1) いつから：（ _____ 年、 _____ 月、 _____ 週、 _____ 日）前から

2) 症状：かゆい・カサカサ・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・あざ・できもの・にきび・抜け毛
美容関連（シミ・クスマ・しわ・タルミ・毛穴の開き）
その他（ _____ ）

3) 部位：（下の図に印を付けて下さい）



【本日の病状に関して、その他に聞いておきたいことがありましたらご記入ください】
（ _____ ）

【本日の症状に関して、今まで他院で治療を受けたことはありますか】 →（はい / いいえ）
薬・治療内容（ _____ ）

【本日、お薬手帳をお持ちでしょうか？】 →（はい / いいえ）

*お薬手帳のお持ちの方は、受付までご提出をお願いいたします。

【今まで他院で受けてきた治療について不満等ございましたら教えてください】

当院では、より良い病院づくりのために接遇向上に取り組んでおります。皆様のご意見をお聞かせください。

- 症状が改善しなかった　診断結果、治療方針に対する疑問、説明不足など
- 待ち時間が長かった　受診できる時間帯に病院が開いていない　料金の説明がなかった
- 医師、スタッフの対応が悪かった　特になし
- その他（ _____ ）

→裏面のご記入もお願い致します

