

問 診 票 (裏)

※下記の質問に答えてください。

現在ほかに飲んでいるくすりがありますか。(ある ・ ない)

薬品名()

身長(cm) 体重(kg) 血液型(型) Rh()

血液検査で感染症を指摘されたことがありますか。(○をつけてください。)

妻:(ある ・ ない ・ わからない)

”ある”に○をつけられた方、その項目は何ですか。

1. 梅毒
2. B型肝炎
3. C型肝炎
4. エイズ
5. その他()

夫:(ある ・ ない ・ わからない)

”ある”に○をつけられた方、その項目は何ですか。

1. 梅毒
2. B型肝炎
3. C型肝炎
4. エイズ
5. その他()

上記の質問で”わからない”に○をつけられた方は下記の質問に答えてください。(○をつけてください。)

妻:血液検査(自費)を希望する(する ・ しない)

夫:血液検査(自費)を希望する(する ・ しない)

当院を何でお知りになりましたか

1. 家族から聞いて
2. 知人から聞いて
3. 他の医療機関からの紹介
4. 建物(看板)をみて
5. 広告を見て
6. ホームページを見て
7. インターネットをみて
8. 電話帳をみて
9. その他()

別紙、「当院における個人情報の利用目的」に同意します。