

# 禁煙治療 問診票

氏名	フリガナ		
生年月日	T・S・H	年 月 日	身長・体重
電話番号	携帯電話:		
住所	〒		

- ① 薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ  
 薬品名 ( )
- ② 過去にかかったことのある病気（風邪以外）はありますか？ はい いいえ  
 病名 ( )
- ③ 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ  
 病名 ( )
- ④ 現在服薬中の薬はありますか？ はい いいえ  
 薬品名 ( )
- ⑤ 何歳から喫煙してますか？
- ⑥ 1日に何本くらい吸いますか？  
 \_\_\_\_\_本
- ⑦ 今まで禁煙治療をしたことはありますか？にをつけてください。

ある →いつ頃ですか？ \_\_\_\_\_

ない

※最後に、当院を知ったきっかけを教えてください。にをつけてください。

パソコン検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: \_\_\_\_\_

スマホ検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: \_\_\_\_\_

口コミ

知人の紹介

看板

ご協力ありがとうございました。