

診察申込・問診票

記入年月日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	大正 昭和 平成 令和
お名前		男・女		年 月 日 (才)
ご住所	〒 -			
連絡先	自宅		携帯	- -

- ① 本日受診する症状はいつごろからですか？
- ② どのような症状ですか？
- ③ 現在、他の病院や医院に通院しておられますか？ はい・いいえ
- ④ 現在、何かお薬を飲んでおられますか？ はいの方はお薬手帳をお見せ下さい。(本日持参→あり・なし)
- ・ はい →
 - ・ いいえ
- ⑤ 今までにかかった主な病気、ケガ、手術はありますか？
- ・ はい → どのような病気、ケガ、手術でしょうか？
 - ・ いいえ
- ⑥ 今までにお薬や食べ物に対するアレルギー（じんま疹が出たり、気分が悪くなったり）がありましたか？
- ・ はい → どのようなお薬や食べ物の種類でしょうか？
 - ・ いいえ
- ⑦ お酒やタバコは一日どれくらいの量ですか？
- お酒の種類： 量： たばこ 本
- ⑧ 女性の方のみお答え下さい。現在、妊娠されていませんか？
- ・ している ヶ月
 - ・ していない
 - ・ わからない (最終月経 月 日)
- ⑨ 当院をお選びになった理由について、数字に○をつけて下さい。(複数回答可)
- 1) 知人の紹介 2) 看板をみて 3) 建物をみて 4) ホームページをみて 5) タウンページをみて
6) 他院からの紹介 7) 以前かかっていた 8) その他 ()

☆診察後にお渡しします診察券を大切に保管してください。(紛失の際は、再発行料がかかります)