

# 診療申し込み・問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		生 年 月	明・大 昭・平	年	月	日生	男 女	歳
住所	〒		電	自宅				
			話	その他連絡先				

今後の診療の重要な参考になりますので、下記の項目についてご記入下さい。

- 本日受診されることになった主な症状について
  - ・ いつ頃から？ \_\_\_\_\_
  - ・ どのような症状が？ \_\_\_\_\_
- 今までに薬や食べ物に対するアレルギー  
(じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと) がありましたか？
  - ・ ある→薬や食べ物の種類 \_\_\_\_\_
  - ・ ない
- 今までにかかった主な病気、けが、受けられた手術はありますか？
 

・ 時期	病名	時期	病名
_____	_____	_____	_____
・ 時期	病名	時期	病名
_____	_____	_____	_____
- 現在ほかの医療機関で治療を受けられておりましたら分かる範囲で記入ください。
  - ・ 病名 \_\_\_\_\_
  - ・ 薬品名 \_\_\_\_\_
- お酒やタバコの量はだいたい1日どれくらいですか
  - ・ ビール \_\_\_\_\_ ml 日本酒 \_\_\_\_\_ 合 その他 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ml
  - ・ 飲まない
  - ・ タバコ \_\_\_\_\_ 本/日 ・ 吸わない
- 女性の方へ
  - ・ 妊娠中ですか: いいえ はい 可能性がある
  - ・ 授乳中ですか: いいえ はい
- 以前当院にかかれたことがありますか？
  - ・ ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 (診察券をご提出下さい) ・ ない
  - ・ そのほか診察を受けられる際に参考になると思われることがありましたらご記入ください。

- 
- 当院をお知りになったきっかけは？
    - ① 家族が当院に通院中である    ② 知人の紹介    ③ ホームページを見て
    - ④ 職場から近いので    ⑤ 他医療機関からの紹介
    - ⑥ 自宅から近いので    ⑦ その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - 慢性疾患をお持ちの方にお伺い致します。
    - ・ 検査を定期的に ( 希望する ・ 希望しない )
    - 2~3 ヶ月に1回    ・ 半年に1回    ・ 1年に1回