

◎個人情報の保護についての文章を読み同意(しません)。同意されない場合は○で囲んでください

*上記に印がない場合は、同意したものとさせていただきます

診察申込書 兼 問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生
受診者名				
住 所	〒 -			
電話番号	自宅 () -	受診者職業		
	携帯 () -			

何科を受診されますか？ (内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科)

●どうされましたか？ 症状はいつ頃から始まりましたか？

[]

●下記の質問にお答えください

1. 今までに何か病気で治療を受けたことがありますか？
治療を受けたことがある方は病名を○で囲んでください。

ない・ある { 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 気管支喘息
心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病
がん(部位)・その他()

◆身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 利き腕 (右 ・ 左)

◆現在、他の病院に通院していますか？ いいえ・はい 病院名 ()

◆現在、薬を服用していますか？ いいえ・はい
↳ お薬手帳の持参 あり・なし

◆現在、要介護認定をうけていますか？ いいえ・はい (支 1・2 ・介 1 2・3・4・5・不明)

2. 日常生活についてお尋ねします

*お酒は 飲まない 時々飲む 毎日飲む(1日 _____本くらい) 禁酒中
*タバコは 吸わない 吸う (1日 _____本くらい) 禁煙中

3. 今までに、食品や薬などでアレルギー(湿疹や蕁麻疹など)を起こしたことはありますか？

ない ・ ある 食品名 ()
薬品名 ()

4. 女性の方へ

◆月経は？ 順調 不順 閉経(_____歳頃) 現在生理中

◆現在、妊娠していますか？ いいえ はい (妊娠 _____ヶ月)

5. これから受ける診察について、ご希望やご意見がありましたらお書きください。

[]

保険証・医療証・受給者証等を添えて受付へお出し下さい。
お預かりしました保険証等は会計の際にお返しますのご確認ください。