

【診療申込・問診票】

ID:

ご記入いただいた内容は、診療以外の目的には使用致しません。

年 月 日 記入

ふりがな		男・女	大・昭・平	年 月 日	歳
お名前			令・西暦		
ご住所	〒				
携帯電話		電話番号			

①本日はどのような症状で来院されましたか？ (熱 °C)
 ()
 その症状はいつ頃からですか ()

②その症状について他の医療機関に受診されましたか
 いいえ ・ はい (はいの場合、病院名)

③今までに薬や食べ物などで、アレルギー症状が出たことはありますか
 いいえ ・ はい (くすり :)
 (食べ物 :)

④現在、通院中の病院・医院、飲んでいる薬はありますか
 ない ・ ある (病医院名 : 病名 :)
 くすりの名前 ()
 お薬手帳をお持ちの方は見せて下さい

⑤今までにかかったことがある主な病気やケガ・手術はありますか
 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳卒中・甲状腺・呼吸器疾患・輸血
 受けた手術 () ・ その他 () ・ 特になし

⑥ご家族で下記の病気やその他の大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか
 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳卒中・その他 ()
 特になし

⑦生活習慣についておたずねします
 たばこ 吸わない・吸う (1日 本) ・ (歳から)
 アルコール 飲まない・飲む (1回に を ぐらい 週 日飲む)

⑧6ヶ月以内に渡航歴はありますか
 いいえ ・ はい (はいの場合、国名 いつ)

⑨本日受診前の食事についておたずねします
 食べた (午前 / 午後 時頃) ・ 水分のみ ・ 食べていない

※女性の方におたずねします
 妊娠していますか いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 可能性がある
 最終月経は () 月 () 日 ~ ・ または 閉経 () 歳

▼裏面に続きます▼

