

診療申込書

ID No.

記入日 年 月 日

ふりがな				生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
氏名	男・女 様						(才)
住所	〒 —							
電話番号	自宅	—	—	携帯	—	—		
保護者名	様							
ご来院のきっかけ	◇他院よりのご紹介 (医院・病院)			◇自宅・勤務先が近い				
	◇知人からのご紹介 (様)			◇チラシ・広告・ホームページを見て				

※保険証と一緒に受付窓口へご提出ください。(保険証は確認のためコピーを一部頂きます)
 ※頂きました個人情報は診療以外の目的で使用することはありません。

問診表

●いつ頃から、どのような症状がありますか？

体温 °C

_____ 頃から

発熱・のどの痛み・せき・たん・鼻水・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・血便・検診で異常があった
 その他 (_____)

●今までに薬や食べ物でアレルギーやじんましんがありましたか？

・ない ・ある (薬: _____ 食べ物: _____)

●現在、何か薬やサプリメント・健康食品を飲んでいますか？

・ない ・ある (_____)

●酒やタバコはどれくらいのみますか？

[酒] ・飲まない ・時々飲む ・毎日飲む

・ビール (350ml × 本, 500ml × 本) ・焼酎 (1合, 2合, 3合, それ以上)
 ・ワイン (1/4本, 1/2本, 3/4本, 1本以上) ・日本酒 (1合, 2合, 3合, それ以上)
 ・洋酒 (_____ 杯)

[タバコ] ・吸わない ・吸う (1日 _____ 本 × _____ 年間)

●過去に病気やけがなどで入院したことがありますか？

・ない ・ある (_____ 年頃 _____ で _____ 病院)

●輸血を受けたことはありますか？ ・ない ・ある (_____ 年頃)

●ご家族、ご親戚に以下の病気の方がいらっしゃいますか？

・肝臓病・がん・高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中

●現在、妊娠または授乳されていますか？ (いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中)

