

# 診療申込・問診票

ID:

平成 年 月 日記入

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。

ふりがな					
お名前		男・女	大・昭・平	年 月 日	歳
ご住所	〒				
電話番号		携帯電話			
<p>●当院は何でお知りになりましたか？          看板を見て・ホームページを見て・紹介を受けた（ ）から          知人に聞いて・その他（ ）</p>					

●今日受診することになった主な症状をお聞かせ下さい

どのような症状ですか？（ ）

その症状はいつ頃からですか？（ ）

●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 ）

●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 : ）

●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

●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

●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

●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）

●6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 ）

●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