初　診　申　込　書

カルテNo.　　年　月　日

フリガナ 氏　名			男・女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生　　才		
住　所			
電　話		当院は初めてですか	は　い・いいえ

問　診　票

診療上大切なことですので必ず記入してください。

1. 今の症状（いつ頃から、どのように具合が悪いですか？）		
2. アレルギー体質とか、異常体質と言われたことがありますか？	は　い	いいえ
3. 注射やのみ薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？	は　い	いいえ
4. いままでに手術や大けがをしたことがありますか？	は　い	いいえ
5. 現在あるいは、いままでに次の病気にかかったことがありますか。 あれば○印でかこんでください。	糖尿病、高血圧、心臓病、腎臓病、肝臓病、ぜんそく、胃腸病、リウマチ、結核	
6. 現在、医師の治療をうけたり、服用している薬がありますか？	は　い	いいえ
7. （女性のみ） 現在妊娠していますか、あるいは、妊娠の疑いがありますか？	は　い	いいえ
紹介者氏名（　　）		

本人又は保護者のサイン〔　　〕　年　月　日

西脇クリニック

（DDまっぷホームページより印刷）