

診療申込・問診票

記入日 年 月 日

| | | | |
|------|--------------------|----|---|
| ふりがな | 生年月日 大 昭 平 令 年 月 日 | | |
| 氏名 | 男 ・ 女 | 年齢 | 才 |
| 住所 〒 | 電話 | | |
| | 携帯 | | |

1. 今日はどうされましたか？

()

その症状はいつ頃からですか？

()

2. 現在治療中の病気もしくは、今までにかかったことのある病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 肝疾患 腎疾患 胃潰瘍
 癌 脳卒中 喘息 結核 高脂血症
 血液疾患 なし

上記以外に治療を受けた病気や入院・手術のご経験がある方はご記入ください。

(病名 時期 年 月頃)

3. 何かお薬を飲まれていますか？

- いいえ はい ()
 お薬手帳の持参 あり なし

4. 食べ物・お薬・注射でアレルギーが出たことはありますか？

- いいえ はい ()

5. たばこを吸いますか？

- いいえ 吸っていたがやめた (1日 本 年間)
 はい (1日 本 年間)

6. アルコールを飲みますか？

- いいえ
 はい → 毎日 ・ 週に何日か ・ 週1回 ・ たまに
 を 杯・本くらい

7. 女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか？

- いいえ はい (妊娠 ヶ月) 不明

8. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

- 家族 知人 医療介護関係者 近所
 インターネット その他 ()

9. 診療において希望されることや気になることがあればお書きください。

()