

診察申し込み・問診票

ID() ← 医院使用欄です

(フリガナ)	()	< 性別 >	男・女	◆15歳以下の方	体重_____kg
< 氏名 >		< 生年月日 >	明・大・昭・平	年	月 日 (歳)
< 住所 >	(〒 -)				
< 電話番号 >	()			職業	

◆当院からお知らせや健康に関する情報等に関り ご記入いただいたご住所あてに郵送させていただくことがあります。ご希望されない場合には右の口欄にチェックをお願いします。 □郵送等を希望しない

◆どちらで当院をお知りになりましたか？ 当てはまる番号の全てに○をしてください

- 1) 紹介 (家族・知人・職場・学校・薬局・病院・その他)
- 2) 医院の看板・建物を見て
- 3) ホームページを見て (スマホ・パソコン)
- 4) 近いから
- 5) その他()

体温_____度

◆本日の受診理由はなんですか？ 受診理由に○をしてください

1. 具合が悪い方

◎ いつからですか？

- ・今日の(朝・昼・夕方)から
- ・昨日の(朝・昼・夕方・夜)から
- ・()日前から
- ・()週間前から
- ・()か月前から
- ・()年前から

◎ どのような症状ですか？

- ・むねやけ ・げっぷ ・はきけ ・おうと ・お腹の張り
- ・胃痛 ・腹痛 (みぞおち・お腹全体・その他) ・下痢 ・便秘 ・血便
- ・だるさ ・さむけ ・発熱 ・頭痛 ・ハナミズ ・くしゃみ ・のどの痛み ・せき ・たん
- ・ふしぶしの痛み ・(胸・背中・腰)の痛み ・その他()

2. 健診結果から 精密検査を希望・指示されて来院された方

- ・検査結果をお持ちでしたら、受付窓口にご提示ください
- ・異常を指摘された検査項目()

3. 上記以外で希望される診療内容がありましたら、お書きください ()

※ 知り合いから聞いた話や、インターネットで調べたことなどで気になることでも構いません。

◆現在、治療を受けている病気はありますか？

- ・ない ・ある (病名:)
- (お薬の名前:)
- ・本日はお薬手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ

◆薬や注射でじんましんなどのアレルギーを起こしたことはありますか？

- ・ない ・ある (_____歳ごろ 症状:)
- ・その時のお薬は？ (カゼ薬・ペニシリン系・歯医者さんの麻酔・その他)

◆女性の方に限り お答えください。(薬やレントゲンの関係です)

- ・現在、妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ
- ・現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ
- ・最終の生理日をご記入ください。 (_____月_____日から_____日間)

◆入院が必要な病気や手術を受けたことはありますか？

- ・ない ・ある (いつ頃 _____ 病名)

◆感染症を指摘されたことはありますか？ (B型肝炎、C型肝炎、HIVなど)