



## 診察申込書・問診票

ふりがな		性別	男性 ・ 女性
氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 _____		
電話番号	ご連絡の取れる ご自宅・勤務先・携帯電話の いずれかをご記入ください _____		

下記の質問事項を読んでお答えください。

①. 当院を受診するのは初めてですか？ 1) はい 2) いいえ \_\_\_\_\_ 年 月 頃

②. どんな症状ですか？ ( )

&lt;保険診療&gt; 熱がある・鼻水がでる・のどが痛い・咳がでる・吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛

その他 ( )

&lt;自由診療&gt; 感染症検査・予防接種・健康診断

その他 ( )

&lt;専門外来&gt; 乳腺外来・漢方外来・禁煙外来

③. その症状は、いつ頃からですか？

月 日頃から ・ 日前から ・ 週間前から ヶ月前から ・ 年前から

④. 今までに大きな病気で治療をしたことがありますか？

いつ頃 病名 治療した病院

1) いいえ 2) はい ( ) 歳 ( ) ( )  
( ) 歳 ( ) ( )

⑤. 薬や注射・アルコール・食品などで発疹やじんましんがでたり、具合がわるくなったことがありますか？

1) ない 2) ある 薬名・食品名 ( ) 症状 ( )

⑥. アレルギー性の病気や体質はありますか？

1) ない 2) ある (喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ その他)

⑦. 現在、他の病気で治療を受けていますか？

1) いいえ 2) はい 病名 ( )

⑧. 現在、服用している薬はありますか？

1) いいえ 2) はい 薬剤名 ( )

⑨. 女性の方におたずねします。

現在、妊娠していますか？ または妊娠の疑いがありますか？

1) いいえ 2) 妊娠の疑いがある 3) 妊娠している

⑩. 当院を知ったきっかけは何ですか？

 当院ホームページ ( パソコン・ 携帯)  クリニック検索サイト  家族からの紹介 ご友人・知人からの紹介  当院看板  口コミ

来院日：H 年 月 日