

## 診療申込・問診票

フリガナ	生年月日
氏名	年齢 歳
住所 〒	TEL
	携帯

1 今日はどうなことで受診されますか？

( )

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がある病気はありますか？

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

それ以外にこれまで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下さい。

( 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 ( )  
 お薬手帳は持参していますか？ いいえ はい

4 お薬・注射や食べ物でアレルギーがでたことはありますか？

(じんましんがでたり、気分が悪くなったり等)

- いいえ はい ( )

5 たばこを吸いますか？

- いいえ 禁煙した( 歳で 本/日を 年間)  
はい ( 本/日を 年間)

6 アルコールは飲まれますか？

- いいえ はい 酒( 合/日) ビール( 本/日)

7 女性の方へ、現在妊娠されている可能性はありますか？

- いいえ はい (妊娠 ヵ月) 不明

8 今回、当院にお越しいただいたのは？

- 通りすがり 知人の紹介( ) 電話帳インターネット

9 本日の診療で希望されること、不安なことなどがあればご自由にご記入ください。

( )