

診 療 申 込 書

記入年月日： 年 月 日

ふりがな				性別	男・女	
お名前				職業		
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
電話番号	ご自宅	()	-			
	携帯電話		-			
住所	〒 -					

今後の診療の参考となります。以下の質問にお答えください。尚、この問診票の内容につきましては、医師法に基づき、守秘の義務を厳守いたします。

1. 今までに当院にかかれたことはありますか？

ある（それはいつ頃ですか？ : ）・ ない

2. 当院は何でお知りになりましたか？

ホームページ(ネット検索)・タウンページ・知人/友人の紹介・家族が通院・その他()

3. 今日はどうされましたか？ 例) 昨日から胃が痛い / 昨日排便時出血 など具体的にご記入ください。

4. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

ない・ある → 病名 手術名

5. ご家族の中に、がん、心臓病など大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？

いる（間柄：祖父母・父・母・兄弟）（疾病名：）・ いない

6. 現在、妊娠していますか？(女性の方のみ)

はい（妊娠 力月）・ いいえ

7. 現在、薬を飲んでいますか？

はい（ ）・ いいえ

※「はい」とお答えいただいた方、本日お薬手帳をお持ちでしょうか？ 申込書提出時、受付へご提出ください。

8. 今までに薬または食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

はい（薬または食物名：）（症状：）・ いいえ

9. お酒やたばこは1日にどれくらい飲みますか？

お酒 → 飲まない・飲む：酒 合・ビール 本・その他() 杯

たばこ → 吸わない・吸う：1日 本程度・やめた()前 / 喫煙期間()

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが、こちらの 申込書・保険証・お薬手帳 を受付にお渡しください。

患者ID () ()