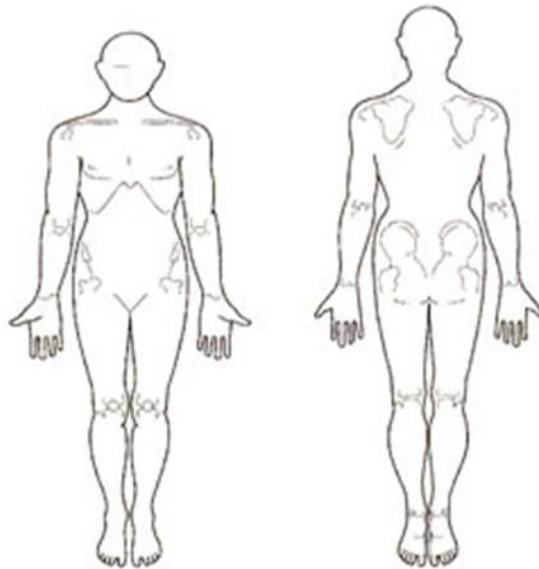


診察申込・問診票

フリガナ		男・女	生年月日			
お名前			大正	年	月	日(満 歳)
ご住所(〒 -)		お電話番号 ()				
		緊急時の連絡先 ()				
身長	cm	体重	kg	体温	℃	

- ① 他の医療機関からの紹介状はありますか？ はい いいえ
- ② どのような症状で来院されましたか？
それはいつ頃からの症状ですか？ () 頃)
1日のうち何時頃症状が強くなりますか？ () 時頃)
ご家族の中に同じ症状の方がいますか？ いる いない
- ③ 痛みのある方は下の図に示して下さい。



- ④ 今回症状でほかの医療機関を受診されていれば記入してください。
() 病院・医院 (受診日 月 日)
- ⑤ 現在治療中の病気があれば記入して下さい。
高血圧 高脂血症 心臓病 糖尿病 肝臓病 喘息 脳梗塞 脳出血
椎間板ヘルニア 骨折 痛風 花粉症 皮膚疾患 アトピー性皮膚炎 胃
十二指腸潰瘍 下痢 便秘 その他 ()
- ⑥ これまでに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがあれば記入してください。
病名 () : () 年頃) 手術 () : () 年頃
- ⑦ この1年間で健診を受診されましたか？ はい いいえ
- ⑧ 現在、服用されている薬はありますか？
ある お薬手帳がある方は提出してください。忘れた方は薬剤名 ()
ない
- ⑨ 薬や食べ物でアレルギーが出た事があれば記入してください。
ある くすり () 食べ物 ()
ない
- ⑩ 妊娠している可能性はありますか？授乳中ですか？
はい(妊娠週数 週) いいえ 授乳中(生後 力月)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
マイナ保険証による診療情報取得に同意 (します ・ しません)