

診療申込書・問診票

受付日 年 月 日

カルテ番号

当クリニックを受診されるのは初めてですか？

はい いいえ

他医療機関からの紹介状、検査結果をお持ちですか？

はい いいえ

お持ちの方は受付にお出してください。

フリガナ 氏名	様 (旧姓)	男女 女	生年月日	西暦 年 月 日	歳
現住所 郵便番号	アパート・マンション名、棟名、部屋番号までご記入ください。 -				
連絡をしてもよい電話番号	自宅	-	-	携帯	- -
必要時に連絡をしてもよい電話番号をご記入ください。					
家族	(関係	氏名	様)	電話番号	- -
その他	(関係	氏名	様)	電話番号	- -
保険証の世帯主	様	世帯主との関係			

*当クリニックでは、病気についてありのままに、正確に説明しております。

これについて、そうしてほしくない方はお申し出ください。

*個人情報の利用目的については院内に掲示しその目的以外では利用いたしません。

来院の目的についてお答えください。

症状がある

いつからですか？

[]

どこが、どのような症状ですか？

[]

健康診断の結果で受診が必要になったため。

健診受診日： 年 月 日

指摘の部位・項目 []

その他 医師に伝えたいこと、不安、心配事の相談など

[]

今までにかかった病気・けが・手術がありましたらお答えください。

[]

現在飲んでいる薬がありましたらお答えください。

薬剤名 []

薬や食物でアレルギーはありますか？

[]

喫煙についてお答えください。

吸ったことがない

吸っていた ()歳から 1日()本()年間

吸っている ()歳から 1日()本

飲酒についてお答えください。

飲まない

飲む 種類() ()日/週 1日あたり()合・ml

ご家族に、以下の病気にかかった方がいらっしゃいますか？

いらっしゃる場合は、()内に続柄もご記入ください。

	続柄		続柄
高血圧	()	糖尿病	()
心臓病	()	脂質異常症	()
癌	()	喘息	()
その他	()		()

妊娠可能な女性はお答えください。

現在妊娠していない 妊娠している(週目)

最後に生理のあった時期は 月 日から 月 日

当院をどこで知りましたか？

ホームページ 知人 インターネット その他()