

診療申込・問診票

I D No.

記入年月日 年 月 日

ふりがな			生	大正		
氏名	男・女		年月日	昭和		
				平成		
				令和		
				年	月	日生 (才)
住所	〒			電	携帯	
				話	自宅	

※下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので、ご記入下さい。

- 本日受診することになったおもな症状は？

いつごろから？ どのような症状が？

- 今までに次の病気にかかったことがありますか？

· 心臟病 · 高血壓 · 腎臟病 · 肝臟病 · 糖尿病 · 喘息

・その他 ()

- 今までにけが、手術をされたことがありますか？

・ある $\longrightarrow$ 手術名：

- ・ ない

- 現在飲んでいるくすりはありますか？

・ある $\longrightarrow$ 薬名：

- ない

- 今までにくすりや食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

・ある $\longrightarrow$ くすりや食べ物の種類：

- ・ ない

- たばこやアルコールをのみますか？

・たばこ ・のむ 本/日 ・のまない

・アルコール ・のむ 酒 合/日 ・のまない

ビール 本/日

その他

- 女性の方で、現在妊娠していますか？

・はい ケ月 ・いいえ ・わからない

- 以前当院にかかれたことはありますか？

・ある → 年 月頃 ※ 診察券を御提出下さい。

- ・ ない

- マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ ☐同意する ☐同意しない

- 過去 1 年間に健康診断か特定検診を受診しましたか？ ☐した ☐していない ☐不明

当院は、あなたの病歴をずっと管理いたします。診察後、診察券をお渡ししますので、来院する時には必ず御持参下さい。