

ID: _____

診察申込兼問診票



ご記入の上、保険証と一緒に受付にご提出ください

年 月 日

フリガナ			性別	明・大・昭・平・令	
氏名			男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____				
自宅番号			携帯番号		
緊急連絡先(必須)	(続柄)			*本人様以外の電話番号	
希望診療科	内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 泌尿器科 ・ 皮膚科 ・ 形成外科				

1. いつ頃から、どのような症状がありますか

2. 今までに病気や手術をしたことがありますか (はい ・ いいえ)
「はい」と答えた方はその内容を記入してください
3. 現在かかりつけの病院がありますか (はい ・ いいえ)
お薬を飲まれていますか (はい ・ いいえ)
「はい」の方は病院名と薬剤名を記入して頂くか、薬手帳・薬事報の提出をお願いいたします
4. 下記のアレルギーがありますか
食品 (はい ・ いいえ) 薬剤 (はい ・ いいえ) その他 (はい ・ いいえ)
「はい」の方は具体的な内容を記入してください

・アレルギーの内容 () ・症状 ()

5. 喫煙されますか (はい ・ いいえ)
「はい」の方は下記に記入してください

- ・ _____ 本/日 ・喫煙歴 : _____ 年
- ・過去に吸っていたがやめた : _____ 歳頃から禁煙

6. 1ヵ月以内に海外への渡航歴がありますか (はい ・ いいえ)

国名 : _____

※問診票に記載された個人情報は、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません