

診療申込・問診票(ダウンロード用)

(ご注意) 診療のお申込みは、この票を診療時間内に来診され受付に提出されてはじめて有効となります。
内容記入後の本票を来院前に紛失されても当院の患者様個人情報保護の対象となりません。

IDNo.

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生	明治			
氏名	男・女	年月日	大正	年	月	日生 (才)
住所	〒□□□-□□□□	*	自宅	※		
所		*	携帯	※		

※お申し出がない限り当院からの連絡先とさせていただきます。

●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？

●一番心配されていることは何ですか？

●今までにかかったおもな病気、けが、手術は？

●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？

あり → くすりや食べ物の種類： _____

なし

●現在妊娠または授乳されていますか？

妊娠している → _____ か月

妊娠していない

妊娠しているかもしれない

授乳している

●酒やたばこはだいたい1日どれくらいのみますか？

酒 _____ 合 ビール _____ 本 たばこ _____ 本

