

問診票

(診療申込書)

平成 年 月 日

フリガナ							
お名前 (漢字)		男・女	生年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日 才
ご住所	(〒 -)		連絡先	自宅() - -			
				携帯() - -			
身長	cm	体重	kg	体温			℃

●今日はどうされましたか？

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱が出ている | <input type="checkbox"/> 胸が痛い | <input type="checkbox"/> 下痢がある |
| <input type="checkbox"/> 咳・痰が出る | <input type="checkbox"/> 動悸がする | <input type="checkbox"/> 腹痛がある |
| <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 手足がむくむ | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 吐いている/吐き気がある | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい | <input type="checkbox"/> 頭が痛い |

●その他の症状があればお書き下さい

()

●今までかかれたご病気 (既往歴) 特にない ある ()

●現在服用中のおくすり 特にない ある ()

●食べ物やお薬のアレルギーなど 特にない ある ()

●(女性の場合) 妊娠の可能性 特にない あり わからない

●酒 飲まない 飲む (1日)

●タバコ 吸わない 吸う (1日)

当院をどこでお知りになりましたか？

看板(当院) 看板(駅名: 駅) くちこみ(ご家族・ご友人)

病院(医院)から紹介(先生) 通りすがり インターネット()

その他()

●診察にあたり、ご希望などあれば、お書き下さい。

()

これらの情報は診療以外の目的に使用する事はありません。ご協力有難う御座いました。