

診療申込・問診票

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日生 (歳)
住所	〒 -	電話番号	携帯 - - 自宅 - -

※家の電話・携帯番号の両方をご記入下さい。

●身長・体重・体温をご記入下さい。

身長: _____ cm 体重: _____ Kg 体温(平熱): _____ °C
 院内測定 (_____ °C)

●本日受診することになった主な症状は？

いつごろから？

どのような症状が？

●今までにかかった主な病気・怪我・手術はありましたか？

あり → _____
なし

●現在のんでいるお薬はありますか？(お薬手帳持参あれば記入は不要です。手帳を一緒に受付へお出し下さい。)

あり → _____
なし

●今までに薬や食べ物でアレルギーがありましたか？

あり → _____
なし

●お酒は飲みますか？

はい → 酒 _____ 合 ビール _____ 本
いいえ

●たばこは吸いますか？

はい → 1日 _____ 本
いいえ

●《女性のみ》現在妊娠、または授乳されていますか？

はい → 妊娠 _____ ヶ月 (予定日 _____ / _____) 授乳中
いいえ

ご協力ありがとうございました。お呼びするまでしばらくお待ち下さい。
なお、ご気分の悪い方は受付・看護師までお知らせ下さい。
診療内容により順番が前後することがありますので、ご理解の程宜しくお願い致します。