

# 診療申込み・問診票

令和 年 月 日

フリガナ	住所 (〒 - )
氏名 男 女	
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)	自宅 - -
	携帯電話 - -

【来院時体温 . °C】 (平熱 . °C) 付添( . )°C (母・父)

お子様の体重 . kg (15歳以下の方)

◎本日はどのようなことでいらっしゃいましたか (丸を付けてください)

診察・健康診断・予防接種・乳児健診・各種検査・胃カメラ検査相談・アレルギー検査(小学生から)

◎どのような症状でお困りですか

・いつ頃から、どのような症状ですか

・コロナ検査:した( 月 日, 陽性・陰性) ・インフルエンザ検査:した( 月 日, 陽性・陰性)

・その他の検査:した( ) ( 月 日, 陽性・陰性)

◎通院中、もしくは過去に病気にかかった事がありますか

いいえ

はい(通院中は◎、過去のご病気は○をつけてください。あるいは病名を記入してください)

高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・不整脈・腎臓病・喘息・脳梗塞・脳出血

その他( )

◎本日、お薬手帳はお持ちですか

いいえ

はい

◎現在、内服している薬はありますか

いいえ

はい(薬の名前を記載してください

または薬手帳をご提出ください)

◎特定健診の受診歴はありますか

いいえ

はい

◎薬や食べ物などでアレルギー症状が出現した事がありますか

いいえ

はい(具体的に記載してください)

◎嗜好品について伺います

アルコール 飲まない 飲む(週に 日、種類と量: )

タバコ 吸わない 以前に吸っていた 吸う( 本/日、 歳から)

◎女性の方に伺います

・妊娠中ですか いいえ はい( 週) 不明

・授乳中ですか いいえ はい

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供を努めています。  
※正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。