

問診表

記入日 20 年 月 日

診察券番号	当院で記入します					
ふりがな	姓	名	生年月日	西暦	年 月 日	年齢 歳
氏名			性別	職業		
			血液型	ABO式		Rh式
ローマ字	姓	名	身長	cm	体重	kg
住所	〒					
電話番号	自宅			携帯		

以下の質問について、該当するものにチェックし、各項目にご回答ください。

1. 本日の受診理由をお聞かせください。
2. 本日の受診理由に関連して、現在かかっている医療機関がある場合はお聞かせください。
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり ◆医療機関名 ()
◆担当医名 ()
3. これまでに大きな病気にかかったことがありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい ◆年齢 歳 ◆疾患名 ()
4. これまでに手術を受けたことがありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい ◆年齢 歳 ◆手術内容 ()
5. 現在、使用している薬はありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい ◆薬品名 ()
6. 薬のアレルギーはありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい ◆薬品名 ()

引き続き、2枚目の記入もお願いいたします。

7. 当院を知ったきっかけをお聞かせください。

ホームページを見て テレビ・雑誌・メディアを見て (名称)

友人・知人の紹介 家族の紹介 当院スタッフからの紹介

他院からの紹介 ◆医療機関名 ()

◆医師名 ()

◆紹介状の有無 なし あり

その他 ()

ご記入ありがとうございました。記入後は受付へお渡しく下さい。

クリニックからのお願い

当院は完全予約制ですが、診察状況によってはお待たせする場合がございますので、ご了承いただければ幸いです。ご不明な点はスタッフにおたずねください。