

## 診療申込・問診票

記入日 年 月 日

|      |     |   |    |        |
|------|-----|---|----|--------|
| ふりがな |     | 生 | 大正 | ( )才   |
| 氏名   | 男・女 | 年 | 昭和 |        |
|      |     | 月 | 平成 |        |
|      |     | 日 | 令和 | 年 月 日生 |
| 住所   | 〒   |   | 電話 |        |

領収証・診療費明細書は 必要 ・ 不要 どちらかに○をお願いします。

初めて、当クリニックを受診される皆様に、以下の質問をさせていただきます。診察の参考にいたしますので、ありのままをご記入ください。 待合でお名前を呼ばれたくない方は、受付にお申出下さい。

- 本日、受診されることになった主な症状は？

いつごろから？

待合でのお呼びだしは、お名前で( )

受付番号で( )

どのように？

- これまでに、大きな病気・けがで入院、手術といった治療を受けたことがありますか？

はい・いいえ

↳ どのような？

- 以下のような病気で、これまでに治療を受けことは？また、現在も治療を受けていますか？血縁の方で、以下のような病気にかかったことのある方はいらっしゃいますか？

糖尿病・高血圧症・脳梗塞・心筋梗塞・癌・高脂血症・ぜんそく・アトピー・肝臓の病気・腎臓の病気

- 現在、他の医療機関に定期的に通院しておられますか？ はい・いいえ

↳ 病院名は

- 今までに、くすりや食べ物に対するアレルギー症状(じんましん・気分不快など)が出たことがありますか？

はい・いいえ

何↳ どのように？

- 現在妊娠していますか？ はい( )ヵ月・いいえ・わからない

- お酒・タバコは1日にどれくらいのみますか？

日本酒 合 ビール ml ウイスキー・焼酎 ml

たばこ 本( )才頃から 現在も吸っている・以前吸っていたが( )才の時)やめた

- あなたの病気について、それがどんな病気であっても、治る見込みなどについて、あなた本人が、詳しく医師から聞きたいですか？ はい・いいえ・わからない・家族に話してほしい・家族と一緒に聞きたい

- どちらで、当クリニックのことをお知りになりましたか？

家族が来ている ・ 知り合いの人( )様から聞いた ・ 他の医療機関からの紹介  
電話帳 ・ インターネット ・ その他( )

当クリニックは、あなたの病歴について、カルテ番号(診察券にも記載)をもとに、永久管理いたしますので、本日お渡しする診察券は、大切に取っておいてください。また、次回診察を受けられる際には、保険証とともに診察券をお持ちください。