

## 受診申込書（問診票）

令和 年 月 日

フリガナ			
お名前		性別	男・女 <small>○をつけて下さい</small>
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日（ 歳）
住所	〒 -		
電話	- -		

<b>今日はどうのような症状で受診されましたか？</b>	
熱がある（いつから . °C） 咳が出る、のどが痛い、胸が痛い、頭が痛い、お腹が痛い、下痢、おう吐、はき気、 肩や腰が痛い、ケガ、やけど、その他（具体的にお書き下さい）	
<b>その症状で他の医療機関を受診されましたか？</b>	はい ・ いいえ

<b>今までに大きな病気やケガ、入院、手術をしたことがありますか？</b>
はい ・ いいえ （「はい」の方はどのような病気かをお書き下さい）

<b>現在治療中の病気がありますか？</b>
はい ・ いいえ （「はい」の方はどのような病気かをお書き下さい）

<b>今までに薬や食品で、じん麻疹や発疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？</b>
はい ・ いいえ （「はい」の方はどのような薬・食品かをお書き下さい）

<b>お酒は飲みますか？</b>	お酒 週 回、1日 合 ビール 週 回、1日 本・ml	付き合い程度 ・ 飲まない
------------------	--------------------------------	---------------

<b>タバコは吸いますか？</b>	1日 本、 年間	吸わない
-------------------	----------	------

<b>現在妊娠中またはその可能性がありますか？（女性の方）</b>	はい ・ いいえ
-----------------------------------	----------

<b>当院に来院されたきっかけは何ですか？ 当てはまる項目にチェックして下さい。（複数回答可）</b>
<input type="checkbox"/> 自宅 もしくは 勤務先が近いので <input type="checkbox"/> その他の医療機関、薬局などで勧められて <input type="checkbox"/> 家族や知人に聞いて（お名前もしくは間柄： ） <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 広告などを見て（ <input type="checkbox"/> 折り込み ・ <input type="checkbox"/> 看板 ・ <input type="checkbox"/> インターネット ・ <input type="checkbox"/> 電話帳 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）

記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。