

問診票

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	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> その他		職業			
			血液型	ABO式 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB		Rh式 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			
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 ()
	歳 ()
	歳 ()
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 ()
	歳 ()
	歳 ()
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。