

# 問診票

(診療申込書)

西暦 年 月 日

フリガナ				男・女	生年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日	才
お名前 (漢字)										
ご住所	(〒 - )			連絡先	自宅( ) - - 携帯( ) - -					
身長	cm	体重	kg	体温	℃					

## ●今日はどうされましたか？

- |                                       |                                  |                                |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱が出ている       | <input type="checkbox"/> 胸が痛い    | <input type="checkbox"/> 下痢がある |
| <input type="checkbox"/> 咳・痰が出る       | <input type="checkbox"/> 動悸がする   | <input type="checkbox"/> 腹痛がある |
| <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり      | <input type="checkbox"/> 手足がむくむ  | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 吐いている/吐き気がある | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい | <input type="checkbox"/> 頭が痛い  |

## ●その他の症状があればお書き下さい

( )

- |                   |                               |  |
|-------------------|-------------------------------|--|
| ●今までかかれたご病気 (既往歴) | <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> ある ( )                            |
| ●現在服用中のおくすり       | <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> ある ( )                            |
| ●食べ物やお薬のアレルギーなど   | <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> ある ( )                            |
| ●(女性の場合) 妊娠の可能性   | <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| ●酒                | <input type="checkbox"/> 飲まない | <input type="checkbox"/> 飲む (1日 )                          |
| ●タバコ              | <input type="checkbox"/> 吸わない | <input type="checkbox"/> 吸う (1日 )                          |

## 当院をどこでお知りになりましたか？

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 看板(当院)          | <input type="checkbox"/> 看板( 駅名: 駅) | <input type="checkbox"/> くちこみ(ご家族・ご友人) |
| <input type="checkbox"/> 病院(医院)から紹介( 先生) | <input type="checkbox"/> 通りすがり      | <input type="checkbox"/> インターネット( )    |
| <input type="checkbox"/> その他( )          |                                     |  |

## ●診察にあたり、ご希望などあれば、お書き下さい。

( )

これらの情報は診療以外の目的に使用する事はありません。ご協力有難う御座いました。