

診療申込・問診票

記入年月日 年 月 日

ふりがな 氏名	_____	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (才)
住所	〒 _____			電話	
本人以外の連絡先(必ず記入)(続柄 _____) (氏名 _____)				電話	

身長 _____ cm 体重 _____ kg (腹囲 _____ cm)

☆診療の重要な参考となりますので、下記の項目にご記入(該当項目に○)ください。

- ◆今までに当院を受診されたことがありますか? はい ・ いいえ
(健診、ワクチンのみの来院も含みます)
- ◆この1年間で特定健診あるいは高齢者健診を受けたことがありますか? はい ・ いいえ
受けたことがある方は いつ頃 _____ 指摘事項 _____
- ◆本日受診することになった症状は? 病気は?
症状、病気 _____
いつ頃から? _____

他院からの紹介状をお持ちの方は提出してください。

◆現在、治療を受けている病気は? 薬手帳をお持ちの方は提出してください。

病名 _____ 病院・医院名 _____ 服用中の薬 有・無

高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓病 ・腎臓病・喘息・前立腺肥大、緑内障	内服薬	
---	-----	--

◆今までにかかった主な病気、けが、手術は? (あればいつ頃かも書いてください。)

◆家族で病気の方がいますか?

父 高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓病・腎臓病・喘息・その他 ()
母 高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓病・腎臓病・喘息・その他 ()
兄弟姉妹 高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓病・腎臓病・喘息・その他 ()
祖父母 高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓病・腎臓病・喘息・その他 ()
子 高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓病・腎臓病・喘息・その他 ()

--

◆今までにくすり(飲み薬や注射)や食べ物でじんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか?

なし ・ あり くすりや食べ物の種類 _____ 症状 _____

◆お酒、ビール、たばこの1日の量は?

酒 _____ 合 ビール _____ 本 _____ たばこ _____ 本 (_____ 年間) _____ 年 _____ 月から禁煙

◆現在、妊娠または妊娠している可能性がありますか?

なし ・ あり 最終月経は? _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院では質の高い医療の提供に努めており、正確な情報の取得・活用のためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? 同意します ・ 同意しません