

問診票

○診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答え下さい。 記入日 年 月 日

ふりがな			明・大・昭・平
氏名	様	男 女	年 月 日(歳)
住所	〒 -		TEL - - 携帯 - -

体温 (°C)

どちらで当院をお知りになりましたか	家族・友人 インターネット 看板 当院の前を通過
どのような症状ですか	かぜ症状 吐気・嘔吐 腹痛 胸痛 めまい キズ・けが(部位) 手足のしびれ・むくみ 検査の再検査 その他() 痛い部位(首 肩 腰 股関節 膝 その他)
いつからですか	本日 昨日 2、3日前 1週間以上前 半年以上前
現在治療を受けている病気がありますか	いいえ はい 病名() お薬の名前()
今までに入院や手術を受けたことがありますか	いいえ はい 病名()
薬でアレルギー症状などが出たことはありますか	いいえ はい 薬()
生活習慣、嗜好についてお聞かせ下さい	・アルコール類 : 飲まない 飲む(どの程度:) ・喫煙 : 無 有(本/日) ・便通 (回/ 日)
現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか	いいえ はい(妊娠 ヶ月) 授乳中

同意書

- ・診察時にお名前をお呼びしてもよろしいですか? はい いいえ
- ・保険証のコピーをさせて頂いてもよろしいですか? はい いいえ
- ・領収証の発行はどのようにされますか? 毎回 希望時 年1回 不要
- ・明細書(薬剤の名称や行った検査の名称が記載されています。)を発行致しますが、どのようにされますか?
要 希望時 不要

署名() 続柄()

ご協力ありがとうございました。