

診療申込・問診票

ID No.

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生	大正	
氏名	男・女	年月日	昭和	
			平成	
			令和	
住所	〒		年 月 日生 (才)	
		電話		(自宅)
				(携帯)

* 本日受診することになったおもな症状は？

* 今までにかかったおもな病気、けが、手術は？

* 今までにくすりや食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

あり → くすりや食べ物の種類：

なし

* 現在かかっている病気は？

あり →

なし

* ジェネリックの薬（薬効が同じで薬価が安い薬）を希望されますか？

はい いいえ どちらでもよい

* 現在飲んでいる薬は？

あり →

なし

* 酒やたばこはだいたい1日どれくらいのみますか？

酒・焼酎 合 ビール 本 たばこ 本

* 以前当院にかかれたことはありますか？

あり 年 月頃

なし

* 当院を受診された理由は？

() 近いから

() 看板で知った

() 広告で知った

() 他の人より聞いた

() インターネットで知った

その他

* 何か希望はありますか？
