

診療申込書・問診票

患者番号		申込年月日		年	月	日
今日は、他医療機関からの紹介状をお持ちですか はい・いいえ		これまで、当院を受診したことがありますか		はい・いいえ		
フリガナ		男	生 年 月 日	明治		
氏名		女		大正	年	月
現住所	〒		昭和			(歳)
			平成			
						TEL

※下記の質問事項にご記入ください。

1.(1) 今日、どこが、どのように具合が悪くて来院されましたか。

右のからだの絵に○印をつけてください。

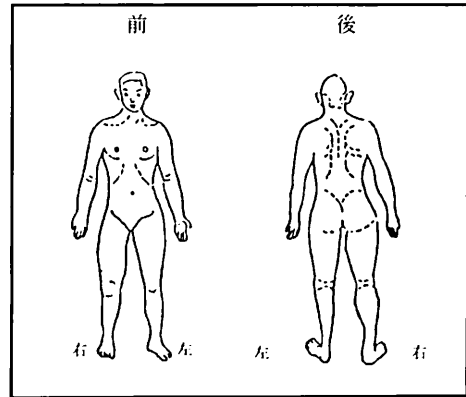
どこが	どのように具合が悪い	今日の熱
		℃

(2) その症状はいつ頃から始まりましたか。

日前	週間前	ヶ月前
----	-----	-----

(3) そのために今までどこかで診察を受けられましたか。

<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた
---------------------------------	------------------------------



受けたとお答えになった方は、それは、

いつ 月 日 頃	どこで (病院名)	診断名は	治療内容は ① <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 ② <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他
-------------	--------------	------	--

2. 今までに何か大きな病気で治療を受けたことがありますか。

ない ・ ある (病名)

3. 日常生活および身体に不自由を感じている点がありますか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-----------------------------	-----------------------------

4. 今までに蕁麻疹や食品、薬などでアレルギーを起こしたことがありますか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-----------------------------	-----------------------------

あるとお答えになった方は、それはどんな点ですか。

--

あるとお答えになった方は、具体的にお答えください。

食品名:
薬品名:

5. おケガの場合にお尋ねします。✓ 印をつけてください。

仕事中的ケガですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
通勤中のケガですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
交通事故ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

6. 女性の方にお尋ねします。✓ 印をつけてください。

●現在妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

*ご協力ありがとうございました。