

問診票

(年 月 日)

お名前 _____

(歳)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

■ 本日はどうされましたか？

■ 症状はいつ頃からですか？

■ 以前かかった病気はありますか？

(心臓病 高血圧症 脳梗塞 脂質異常症 糖尿病など)

はい

いいえ

■ 今まで大きなけがや手術したことがありますか？

はい

いいえ

(ある方は具体的に)

■ 薬や食べ物、その他でアレルギーはありますか？

はい

いいえ

(ある方は具体的に)

■ 現在のんでいる薬ありますか？

はい

いいえ

※ お薬手帳ある方はスタッフへお見せください。

■ 現在妊娠していますか？

はい

いいえ

■ 当院を何で知りましたか？

ホームページ チラシ 新聞広告 通りがかり 口コミ

その他 ()

受診申込書

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
			年齢		年	月	日
住所	〒						
電話番号	自宅：		携帯：				
今日は頭痛ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
当院はマイナ保険証が利用できる初診時医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

ありがとうございました。南沢又あんざいクリニック