

# 診察申込書

ID: \_\_\_\_\_

申込年月日 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成
氏名					年 月 日( 歳)
フリガナ					
住所	〒			電話番号 ( )	—
				携帯電話 ( )	—

初診の方は、下記の質問にお答えください。

(身長) \_\_\_\_\_ cm (体温) \_\_\_\_\_ °C  
(体重) \_\_\_\_\_ kg

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか。(痛みもある場合は、その部位もお書きください)

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 今までにかかった病気をお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

3. 今までに、薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

( はい ・ いいえ )

「はい」の方…分かれば薬、食べ物の名前 ( \_\_\_\_\_ )

4. お酒はのみますか。

( はい ・ いいえ ) 1日量 ( \_\_\_\_\_ )

5. たばこは吸いますか。

( はい ・ いいえ ) 1日量 ( \_\_\_\_\_ )

6. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか ( はい ・ いいえ ) 授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

7. 当院を受診されたきっかけを教えてください。

1. 近所 2. 通りすがり 3. チラシ 4. 看板 5. タウンページ 6. インターネット  
7. 紹介【 \_\_\_\_\_ 様(病院)から】 8. その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら呼びいたしますので、お待ちください。

— 初診外来を受診される患者さんへ —

緊急で診察しなければならない患者さんや、予定よりも時間をとらなければならない患者さんもいるため、順番が前後する場合があります。ご了承ください。