

来院日 年 月 日

診察申込書

ふりがな
氏名

性別 男 女
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 自宅 () / 携帯 ()

◆来院のきっかけを教えてください。

- 1 知人の紹介 2 家族の紹介 3 他医療機関からの紹介
- 4 区からの案内や情報誌を見て 5 通りがかりで看板などを見て
- 6 インターネットで見ても (該当のものにチェックをお願いします)
- 当院ホームページ その他紹介サイト ()
- 7 その他 ()

◆当院のホームページをご覧になった方へ、感想をお聞かせください。

見やすかった 見づらかった

上記チェックの理由をぜひお聞かせください。 * お声はすぐに院内で検討し、より良いサイト作りへ反映させていただきます！

()

◆駅の看板を設置しましたが、ご存じでしたか？

はい いいえ

- ※ カルテ作成にお時間をいただきますので、同時刻に来院された再診の方が先になることがありますが、ご理解下さい。
- ※ 患者様にご記入いただきました個人情報、個人情報に関する法令を遵守し、ドクター・スタッフ共々適切な保護に努めます。

初診・問診票

ふりがな 氏名	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
	12才以下の小児の場合、体重もご記入下さい。 kg
	来院してからの体温をご記入下さい。 °C

◆いつから症状がありますか？ 今日 昨日 もっと前（具体的に _____）

症状

<input type="checkbox"/> 発熱（最高 _____ °C）	<input type="checkbox"/> 喉が痛い	<input type="checkbox"/> 声が出ない	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻づまり
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> 透明な痰が出る	<input type="checkbox"/> 濁った痰が出る	<input type="checkbox"/> 息苦しい
<input type="checkbox"/> お腹が痛い	<input type="checkbox"/> 下痢（本日 _____ 回）	<input type="checkbox"/> 嘔吐（本日 _____ 回）	<input type="checkbox"/> 便秘	
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 寒気	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 関節・筋肉の痛み	
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> だるい	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ
<input type="checkbox"/> その他（具体的に _____）				

◆現在飲んでいる薬・他でもらった薬はありますか？また、お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

ない ある（現在飲んでいる、他でもらった薬の名前を下欄にお書きください）

◆薬にアレルギーはありますか？

ない ある（アレルギーのある薬の名前を下欄にお書きください）

◆苦手な形状のお薬はありますか？あればチェックを付けて下さい。

粉 シロップ 錠剤 漢方薬

◆現在通院中の病院や、持っている病気はありますか？

受診科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 心療内科・精神科
	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
病名	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 高脂血症	
	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> ぜんそく	
	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に _____）				
病院名	（ _____ ）				

◆過去にかかった大きな病気はありますか？

ない ある（病名をお書き下さい _____）

◆煙草を吸っていますか？

いいえ はい（ _____ ）本/1日 ×（ _____ ）年

吸っていた（ _____ 才まで）（ _____ ）本/1日 ×（ _____ ）年

◆お酒を飲みますか？

いいえ はい _____ 週（ _____ ）回 種類・量（ _____ ）

◆食べ物にアレルギーはありますか？ 該当する食べ物の名前をお書きください

ない ある

◆女性の方のみにお伺いします

現在妊娠中ですか？ いいえ はい（出産予定日 _____） 可能性がある

現在授乳中ですか？ いいえ はい