# 問　診　票

WEB 用

| お名前 | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ 男 女 | 生年月日 | 大　昭　平<br>年　月　日 生 | 年齢 | 未婚<br>－－－－－<br>既婚 |
|---|---|---|---|---|---|

| 現住所 | 〒　　－<br>都 道<br>府 県 | 固定電話 | －　　－ |
|---|---|---|---|
| | | 携帯電話 | －　　－ |
| | | 職　業 | |

※当院の情報・お知らせ等ご案内をメール配信しております。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。

Email　　@

**1. 今日はどのようなことでおいでになりましたか？**

☐ 内科の診察 →【どんな症状ですか？　】
☐ 外科の診察 →【どんな症状ですか？　】
☐ 消化器科の診察 →【どんな症状ですか？　】
☐ 循環器科の診察 →【どんな症状ですか？　】
☐ 脳神経外科・頭痛外来の診察→【どんな症状ですか？　】
☐ もの忘れ外来の診察
☐ 肛門科の診察 →【どんな症状ですか？　】
☐ 痔の手術を受けたい　☐ 健康診断を受けたい　☐ その他【　】

**2. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？**

☐ ない　☐ ある ※あると答えた方は下記に〇をして下さい。
（ 糖尿病　高血圧　心臓病　ぜんそく　肝臓病　腎臓病　その他【　】）

**3. 食べ物やお薬でアレルギーはありますか？**

☐ ない　☐ ある【　】

**4. 現在飲んでいる薬がありますか？**　**※お薬手帳をお持ちの方は受付にお伝え下さい。**

☐ ない　☐ ある【薬品名：　】

**5. 女性の方にうかがいます。現在妊娠中、または授乳中ですか？**

☐ いいえ　☐ はい　【 妊娠　　ヶ月 ・ 授乳中 】

**6. 八王子クリニック（関連施設）に受診されたことがありますか？**

☐ いいえ　☐ はい【診察券の番号 ：　】

**7. 当院を何でお知りになりましたか？**

☐ 他院からの紹介（　　）　☐ 看板を見て　☐ 知人・家族紹介　☐ 広告を見て
PC サイトを見て（☐Yahoo、☐Google、☐その他）スマホサイトを見て（☐Yahoo、☐Google、☐その他）
☐ その他（　　）

**8. 個別の診療報酬の算定項目のわかる明細書発行を希望しますか？**

☐ いいえ　☐ はい

HACHIOJI CLINIC 八王子クリニック新町