

問 診 票

| | | | | | | | |
|---|----------|--------|--------|---------|--|-----|--------------------|
| お名前 | フリガナ | 男 女 | 生年月日 | 大 昭 平 令 | | 年 齢 | 未 婚 ---- 既 婚 |
| | | | | 年 月 日生 | | | |
| 現住所 | 〒 | | | 固定電話 | | | |
| | 都道 府県 | | | 携帯電話 | | | |
| | | | | 職 業 | | | |
| 当院の情報・お知らせのご案内などご希望の方はメールアドレスをご記入下さい。 | | | E-mail | @ | | | |
| 1. 今日はどうのようなことでおいでになりましたか？ <input type="checkbox"/> 肛門科 () <input type="checkbox"/> 胃腸科 () <input type="checkbox"/> 小外科 (○をしてください 粉瘤 (部位:) 脂肪腫 (部位:) ホク口 (部位:) 傷の縫合 (部位:) 巻き爪 その他) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| 2. 以前、当院にご来院されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (年 月頃 科) その際の症状や診療内容() | | | | | | | |
| 3. 今までにかかった病気や入院、手術歴はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (下記に○をして下さい) 高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 肝臓病 腎臓病 その他 () ※入院、手術 (年 月頃 病名:) | | | | | | | |
| 4. 食べ物やお薬でアレルギーが出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () | | | | | | | |
| 5. 現在飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤名:) | | | | | | | |
| 6. 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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 ヶ月 ・ 授乳中) | | | | | | | |
| 7. 当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 () <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 知人・家族紹介 <input type="checkbox"/> 広告を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て (<input type="checkbox"/> Yahoo <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| 8. 個別に診療報酬の算定項目がわかる明細書発行を希望しますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | | | | | | | |