

問 診 票

WEB 用

お名前	フリガナ	男 女	生年月日	大 昭 平			年 齢	未 婚 既 婚
	-----			年 月 日生				
現住所	〒 ー			固定電話	-	-		
	都 道 府 県			携帯電話	-	-		
				職 業				

※当院の情報・お知らせなど、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下さい。

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 → (症状)
- 外科 → (症状)
- 脳神経外科・頭痛外来 → (症状)
- 胃腸科 肛門科 痔の治療・手術を受けたい
- 皮膚科 ホクロ・イボを取りたい ピーリングをしたい
- 健康診断 その他 ()

2. 以前、当院にご来院されたことはありますか？

- ない 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？

- ない 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？

- ない 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。

- ない 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？

- いいえ 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？

- 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