

問 診 票

お名前	フリガナ	男 女	生 年 月 日	大 昭 平 令	年 齡	未 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. 今日ど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:) <input type="checkbox"/> ホク口 (部位:) 傷の縫合 (部位:) 巻き爪 その他 () <input type="checkbox"/> 皮膚科 () <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 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						