

# 問 診 票

WEB 用

お名前	フリガナ -----	男 女	生年月日	大 昭 平 年 月 日生			年 齢	未 婚 ----- 既 婚	
	〒 ー 都 道 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○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