

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	〒 都道 府県		固定電話			
			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"/> 内 科 → 【症状： _____】						
<input type="checkbox"/> 消化器科 → 【症状： _____】						
<input type="checkbox"/> 循環器科 → 【症状： _____】						
<input type="checkbox"/> 脳神経内科・頭痛の診察 → 【症状： _____】						
<input type="checkbox"/> もの忘れ外来 → 【症状： _____】						
<input type="checkbox"/> 肛 門 科 → 【症状： _____】						
<input type="checkbox"/> 痔の治療・手術を受けたい <input type="checkbox"/> 健康診断を受けたい <input type="checkbox"/> その他 【 _____】						
2. 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： _____】						
3. 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 【 _____】						
4. 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： _____】						
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？						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【妊娠 _____ ヶ月 ・ 授乳中 _____】						
6. 八王子クリニック（関連施設）で受診されたことがありますか？						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【診察券の番号： _____】						
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						