

問 診 票

お名前	フリガナ	男 女	生 年 月 日	大 昭 平 令	年 齡	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	@		
<p>1. 今日どのようなことでおいでになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 痔の治療・手術を受けたい</p> <p><input type="checkbox"/> 内 科</p> <p><input type="checkbox"/> 小外科（○をしてください 粉瘤 脂肪腫 巻き爪 ホクロ 傷の縫合 その他）</p> <p><input type="checkbox"/> ピアス施術</p>						
<p>2. 以前、当院にご来院されたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → （ 年 月頃 科 ）</p> <p style="padding-left: 40px;">その際の症状や診療内容()</p>						
<p>3. 今までにかかった病気や入院、手術歴はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（下記に○をして下さい）</p> <p style="padding-left: 40px;">高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 肝臓病 腎臓病 その他（ ）</p> <p style="padding-left: 40px;">※入院、手術（ 年 月頃 病名： ）</p>						
<p>4. 食べ物やお薬でアレルギーが出たことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）</p>						
<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤名：)</p>						
<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい （ 妊娠 ヶ月 ・ 授乳中 ）</p>						
<p>7. 当院を何でお知りになりましたか？</p> <p><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</p> <p><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 ）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>						
<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>						