

# 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><b>1. 今日はどうのことでおいでになりましたか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 肛門科                      <input type="checkbox"/> 痔の治療・手術を受けたい</p> <p><input type="checkbox"/> 胃腸科 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 小外科 ( ○をしてください 粉瘤 脂肪腫 巻き爪 ホク口 傷の縫合 その他 )</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚科 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>						
<p><b>2. 以前、当院にご来院されたことはありますか？</b></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><b>3. 今までにかかった病気や入院、手術歴はありますか？</b></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><b>4. 食べ物やお薬でアレルギーが出たことはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> ない    <input type="checkbox"/> ある (                      )</p>						
<p><b>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</b></p> <p><input type="checkbox"/> ない    <input type="checkbox"/> ある(薬剤名：                      )</p>						
<p><b>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？</b></p> <p><input type="checkbox"/> いいえ    <input type="checkbox"/> はい (妊娠                      ヶ月 ・ 授乳中 )</p>						
<p><b>7. 当院を何でお知りになりましたか？</b></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><b>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？</b></p> <p><input type="checkbox"/> いいえ    <input type="checkbox"/> はい</p>						