

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. 今日はどうのことでおいでになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 肛門科 ()</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 (部位:) 脂肪腫 (部位:) ホク口 (部位:) 傷の縫合 (部位:) 巻き爪 その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚科 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</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: 20px;">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: 20px;">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: 20px;">※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>						