

# 診察申込・問診票

カルテNo.	記入年月日 年 月 日		
ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏名		年月日	年 月 日生(才)
住所	〒	電話	
		携帯	

病状確認の為、クリニックから連絡する場合がございます。 診療以外の目的には使用しませんのでご安心ください。

※下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので、ご記入ください。

- 本日受診することになった主な症状はなんですか？  
いつから、どんな症状

- 診察を受けるために伝えなければならないことがあるが、周りには知られたくない。  
はい いいえ

- 今までにかかった主な病気、けが、手術について教えてください。

- 現在、かかりつけの病院・診療所はありますか？

ある 病院・診療所名： かかっている病名：

ない

- 現在、かかりつけの薬局はありますか？

ある 薬局名： ない

- 定期的に服用している薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください）

ある 薬品名： ない

- 今までに薬や食べ物でアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

ある 種類： ない

- 現在妊娠はしていますか？

している か月 していない 授乳中

- 酒やたばこは1日にどれくらいのみますか？

酒 合 ビール 本 たばこ 本 のまない

- こちらのクリニックをどちらでお知りになりましたか？（該当するものに○をつけてください）

①当院ホームページ ②インターネット検索 ③近所 ④家族の紹介 ⑤知人の紹介

⑤Chai ⑥しゅん ⑦ポスティング ⑧電話帳 ⑨当番医

⑩その他（ ） ※詳しくご記入ください

※ クリニックからの案内文を郵送していいですか？ はい ・ いいえ

当院は、あなた様の病歴をずっと管理いたしますので、  
来院する際は診察後にお渡しする診察券を必ずご持参ください