

診療申込書・問診票

No.

令和 年 月 日

ふりがな		性 別	生年月日		年 齢
氏 名		男・女	大 昭 平 令	年 月 日	歳
住 所	〒				
電 話 番 号	ご 自 宅	()	—	携 帯 電 話	() —
	勤 務 先	()	—	そ の 他	() —

1. 本日は、どうなさいましたか？（具体的な症状をお書きください）

いつからですか？

症状は？

2. 過去に大きな病気または手術をしたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

3. 現在、何かお薬を飲んでいますか？ （ はい ・ いいえ ）

お薬の名前：

※お薬手帳を持参の場合は、記入しなくて結構です。一緒にお出してください

4. 薬・注射・その他のアレルギーはありますか？

何アレルギー：

（ あり ・ なし ）

5. 女性の方へ

現在、妊娠していますか？ （ いいえ ・ はい 妊娠 ヶ月 ）

6. このクリニックにいらっしゃったきっかけは何ですか？（複数回答で構いません）

（見かけて ・ 紹介（家族や知人/他院） ・ ネットやHP ・ 広告 ・ その他）

（「その他」の方は具体的に： ）

診療申込書でご提供頂いた個人情報は、診察を行う目的以外には使用致しません。（きむら内科外科クリニック）