

No. _____

診療申込・問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
氏名		男 女				
住所	〒 _____	電話番号	自宅 ()	-		
			携帯 ()	-		
世帯主又は被保険者		必ず記入! 緊急連絡先 ※本人以外	氏名:	(続柄)		
			自宅/携帯 ()	-		
氏名	(続柄)	身長:	_____ cm	体重:	_____ kg	
		体温	_____ °C	SPo2	_____ %	

●本日、受診されることになった主な症状は？

・いつごろから？

コロナワクチン ・未接種 ・接種済

1回目 / _____

・どのような症状か？

2回目 / _____

(車 ・ 徒歩)

●今までにかかった主な病気・けが・手術は？(既往歴)

車種やナンバー等

()

●家族や血縁関係の方に以下の疾患の方はいますか？チェック☑を入れてください。

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・がんや悪性の病気 ・その他

●アレルギーはありますか？チェック☑をいれてください。

・あり ↓ ↓ ・なし ・薬剤 () ・喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・食べ物 () ・花粉 () ・その他 ()

●お酒やたばこ、1日の頻度は？チェック☑を入れてください。

・たばこ(毎日 時々 吸わない) ・お酒 (毎日 時々 飲まない)

●現在、他院に受診されていますか？チェック☑をいれてください。

・なし ・あり (診療科: _____ 病院名: _____)

●現在、服用中の薬はありますか？チェック☑をいれてください。ある方は薬剤名を記入してください。

・なし ・あり ()お薬手帳はお持ちですか？ ・なし ・あり *受付に提出お願いします

●現在、妊娠されていますか？(女性の方)チェック☑をいれてください。

・していない ・している (妊娠 _____ ヶ月:出産予定日 _____ R 年 月 日)

●以前、当院にかかれたことはありますか？チェック☑をいれてください。

・なし ・あり (いつごろ: _____)

●介護認定を受けていますか？また介護保険サービスの利用はありますか？チェック☑をいれてください。

・不明 ・なし ・あり (※ありの方は別紙の記載がありますのでよろしくお願ひします)