受診される患者さんへ（診察申し込み・問診票）

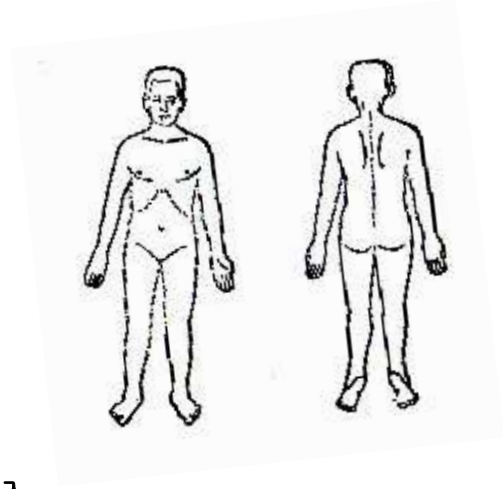
ふりがな		性　別	男・女	年　令	才
氏　名		生年月日	（大・昭・平） 年　　月　　日		
住　所	〒　　ー		電話		

● 具合の悪いのはどこですか？（右の図に〇印をつけてください）　小児の方　体重　　ｋｇ

● 症状を具体的に書いてください

いたみ・しびれ・はれ

その他（　　）



● いつからですか？

（　　年　　月　　日頃から）

● 原因は何ですか？　　a。 交通事故　b。仕事中　c。その他

具体的に

〔　　〕

● 今回の病気で他の病院の診察を受けた方は病院名と治療内容を記入してください

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿年　　月　　日

治療方法＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 今までに大きな病気・ケガ・入院・手術はありますか？

ない／病気　　／ケガ　　／入院　　／手術

●他の病院の診察を受けていますか？　　いない　・　いる

喘息・肺気腫・糖尿病・高血圧・心臓病・じんま疹・その他（　　）

● 薬のアレルギーはありますか？

ない・ある（　　）

● タバコを吸いますか？

吸わない・吸う（　　才から、現在１日　　本ぐらい）

以前に吸っていた（　　才から　　才まで、１日　　本ぐらい）

●（女性の方に）現在妊娠中ですか？　　わからない　・　はい　・　いいえ

現在授乳中ですか？　　はい　・　いいえ

●当院を何でお知りになりましたか？

前を通って知っていた　知人　親類　広告　看板　電話帳　インターネット

職場が近い　　西本病院の時から通っていた　　その他（　　）