

初診問診票

日付

ID

※IDはスタッフが記載いたします。

この問診票は診察する上で大切な資料となります。差支えない範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

お名前	ふりがな	
		男 女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 歳
ご住所	〒	アパート・マンション名
	—	
当院から連絡してよい番号をご記入下さい		
電話番号①	()	—
電話番号②	()	—

◆どの科を受診されますか？

- ・内科 ・泌尿器科 ・わからない ・セカンドオピニオン外来(健康保険の対象外)
- ・美容(健康保険の対象外)

◆本日はどのような症状で受診されましたか？またその症状はいつ頃から始まりましたか？

◆現在治療中の病気がありますか？

ない ・ ある → 病名:

◆現在使用している薬はありますか？ お薬手帳 「 あり 」 (持参・自宅) 「 なし 」

ない ・ ある → 薬の名前:
薬の名前:

2枚目もご記入お願い致します。

◆入院や手術をされたことはありますか？

・入院 ない ・ ある → いつごろ：
病名：

・手術 ない ・ ある → いつごろ：
病名：

◆いままでに薬や注射で副作用が出たことがありますか？

ない ・ ある → 薬の名前： 副作用の症状：
薬の名前： 副作用の症状：

◆現在妊娠していますか？

いいえ ・ はい(月) ・ 不明

◆当院を受診されたきっかけをお教え下さい

- ・近くに住んでいる
- ・近くに勤めている
- ・家族が当院にかかっている お名前：
- ・知人からの紹介 お名前：
- ・メール相談、お問合わせをした (はい ・ いいえ)

・当院のホームページを見て

↑○をつけた方はこちらをお願いします。

なにで見ましたか？ (PC ・ スマートフォン ・ 携帯電話 ・ タブレット)

なんという単語で検索しましたか？ ()

・他の病院・医院からの紹介 病院・医院名：

・その他：

◆特に何かご要望があればご自由にご記入ください

◆当院よりお知らせや新しいメニューのご紹介を手紙でお送りしておりますが、ご送付してよろしいですか？

はい いいえ

 ご協力ありがとうございました