

診療申込書
REGISTRATION FORM

紹介状・CDをお持ちですか？ DO YOU HAVE A REFERRAL LETTER・CD? <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> C D		No.	受付 DATE	年 YEAR	月 MONTH	日 DAY
フリガナ			旧姓			
患者氏名	FULL NAME (BLOCK LETTERS)		性別 SEX	男・女 M・F		
生年月日 DATE OF BIRTH	1. 大正 2. 昭和	3. 平成 4. 令和	年 YEAR	月 MONTH	日 DAY	(歳) AGE
現住所 ADDRESS IN JAPAN	〒		電話 TELEPHONE No.	()		
緊急連絡先 AN EMERGENCY ADDRESS	(未成年保護者氏名)	(続柄)	電話 TELEPHONE No.	()		
勤務先 THE PLACE OF EMPLOYMENT			電話 TELEPHONE No.	()		
右記に該当する方は○をしてください。			交通事故 ・ 労災予定			

お願い：診療申込書に保険証を添えてお出してください。
紹介状をお持ちの場合は、診療申込書と保険証に添えてお出してください。

問診票

問診日： 年 月 日

氏名： _____ 年齢： _____ 歳

1. 何科を希望されますか？

内科 ・ 外科 ・ 脳外科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 耳鼻科 ・ 眼科 ・ 泌尿器科

2. 本日はどうされましたか？（現在、気になっている症状は何ですか？）

3. それはいつからですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃

4. 現在、治療中の病気はありますか？

・ 「いいえ」
・ 「はい」 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 胃十二指腸潰瘍
その他 _____

5. 現在、飲んでいるお薬がありますか？

・ 「いいえ」
・ 「はい」 _____ 内容 _____

6. お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

・ 「いいえ」
・ 「はい」 _____ 内容 _____

7. 就寝中いびき、もしくは昼間強い眠気がありますか？

・ 「はい」 _____ ・ 「いいえ」 _____

8. 飲酒： ある ・ ない

・ 1日の量（ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ ワイン）を _____ 本位 又は _____ ml位

9. 喫煙： ある ・ ない

・ 1日の本数 _____ 本

10. 妊娠している可能性はありますか？

・ ある ・ ない

ケガや痛みのある所など気になる所に
○を付けてください

