

# 診療申込・問診票

IDNo.

記入年月日 年 月 日

フリガナ 氏名			生年月日	明治			
				大正	年	月	日生 ( 才)
住所	〒						
TEL				携帯			

※下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので、ご記入下さい。

● 当院をお知りになったきっかけは？

HP・紹介・当院の看板を見た・自宅または勤務先から近いから・その他( )

● 当てはまる診療科に○をつけてください。

内科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・美容・プラセンタ・肥満外来・ED

● 本日受診することになったおもな症状は？

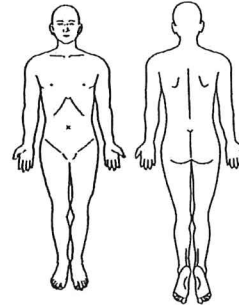
いつ頃から？

\_\_\_\_\_

どのような症状が？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



● 今までにかかったおもな病気、けが、手術は？いつ頃？

それはいつ頃？

\_\_\_\_\_

● 今までに薬、注射、食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

あり → 薬、注射、食べ物の種類

\_\_\_\_\_

なし

● 現在、医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか？

うけている → 服用している → 薬の名前

\_\_\_\_\_

服用していない

うけていない

● 現在、妊娠していますか？

はい → カ月

\_\_\_\_\_

いいえ

わからない