

# 問診票

( 年 月 日 )

お名前 \_\_\_\_\_

( 歳 )

身長 cm 体重 kg

■ 本日はどうされましたか？

■ 症状はいつ頃からですか？

■ 以前かかった病気はありますか？

(心臓病 高血圧症 脳梗塞 脂質異常症 糖尿病など)  はい  いいえ

■ 今まで大きなけがや手術したことありますか？

はい  いいえ

(ある方は具体的に)

■ 薬や食べ物、その他でアレルギーはありますか？

はい  いいえ

(ある方は具体的に)

■ 現在のんでいる薬ありますか？

はい  いいえ

※ お薬手帳ある方はスタッフへお見せください。

■ 現在妊娠していますか？

はい  いいえ

■ 当院を何で知りましたか？

ホームページ  チラシ  新聞広告  通りがかり  口コミ

その他 ( )

## 受診申込書

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	大正 年	昭和 月	平成 日	令和	
住 所	〒							
電話番号	自宅：	携帯：						
今日は頭痛ですか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
当院はマイナ保険証が利用できる初診時医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								

ありがとうございました。南沢又んざいクリニック