

初診申込書

申し込み日時	2017年 月 日	ID:
ふりがな		性別 男 ・ 女
氏名		生年 明・大 年 月 日 月日 昭・平 (歳)
現住所	〒 -	
電話番号	自宅 () -	携帯番号 () -
緊急連絡先	氏名 (続柄)	電話番号
当院を知られたきっかけをお聞かせください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> クリニック前の看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 () <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 () <input type="checkbox"/> その他 ()		

問診票

1. 今日はどのようなことで来られましたか？
 - ① どこが？ ()
 - ② どのような症状ですか？ ()
 - ③ いつからですか？ ()
 - ④ 検診で異常を指摘された (指摘内容) ()
 - ⑤ 予防接種・プラセンタ・禁煙・その他診療 ()
2. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は病名 ()
3. 現在、飲んでいる薬がありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は薬剤名 ()
4. 薬や食物に対するアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は薬剤名・食品名 ()
5. お酒をのみますか？ 飲む・飲まない
飲む方は (日/週 何をどの位？) ()
6. タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (本/日)
7. 現在の状態についてお答え下さい。
 - ① 食欲 良好 ・ 普通 ・ 不振
 - ② 便通 1日に 回、または 日に1回
8. 女性の方にお伺いします、現在妊娠しているか授乳中ですか？ (妊娠中・授乳中・不明・いいえ)
9. 健康診断を定期的に受けていますか？ はい・いいえ
いいえの方は理由をお聞かせください。多忙・経済的負担・面倒・何となく・その他 ()
10. あなたの病名が癌の場合、直接医師が告知することを望みますか？ 望む・望まない・分からない
11. 検査を受けられた方で追跡検査が必要な場合、郵送にて検査案内のご連絡をさせて頂いて宜しいですか？
はい ・ いいえ