



なごみクリニック

受診申込書（問診票）

平成 年 月 日

| | | | |
|------|---------|-------|--------------|
| フリガナ | | | |
| お名前 | | 性別 | 男・女 ○をつけて下さい |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 月 日 | (歳) |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話 | - - | | |

今日はどのような症状で受診されましたか？

熱がある（いつから . °C）
 咳が出る、のどが痛い、胸が痛い、頭が痛い、お腹が痛い、下痢、おう吐、はき気、
 肩や腰が痛い、ケガ、やけど、その他（具体的にお書き下さい）

その症状で他の医療機関を受診されましたか？

はい ・ いいえ

今までに大きな病気やケガ、入院、手術をしたことがありますか？

はい ・ いいえ （「はい」の方はどのような病気かをお書き下さい）

現在治療中の病気がありますか？

はい ・ いいえ （「はい」の方はどのような病気かをお書き下さい）

今までに薬や食品で、じん麻疹や発疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

はい ・ いいえ （「はい」の方はどのような薬・食品かをお書き下さい）

お酒は飲みますか？

お酒 週 回, 1日 合 付き合い程度 ・ 飲まない
 ビール 週 回, 1日 本・ml

タバコは吸いますか？

1日 本, 年間 吸わない

現在妊娠中またはその可能性がありますか？（女性の方）

はい ・ いいえ

当院に来院されたきっかけは何ですか？

当てはまる項目にチェックして下さい。（複数回答可）

- 自宅 もしくは 勤務先が近いので
- その他の医療機関、薬局などで勧められて
- 家族や知人に聞いて（お名前もしくは間柄：)
- 通りがかり
- 広告などを見て（ 折り込み ・ 看板 ・ インターネット ・ 電話帳)
- その他（)

記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。