

ID :

## 受診申込書（問診票）



体温： °C

年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	○をつけてください
お名前		生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
住所	〒 -			
自宅☎	-	携帯☎	-	-

今日はどのような症状で受診されましたか？

いつ頃から（ ）

咳が出る・のどが痛い・胸が痛い・頭が痛い・おなかが痛い・下痢・嘔吐・吐き気  
 肩や腰が痛い・背中が痛い・ED・AGA  
 その他（具体的にお書きください）

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？	飲む・付き合い程度・飲まない	日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー・ビール
		その他（ ）
タバコは吸いますか？	1日 本,	年間 ・ 吸わない
現在妊娠の可能性ありますか？（女性の方）		はい（妊娠 週） ・ いいえ
現在授乳されていますか？（女性の方）		はい ・ いいえ

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。