

診療申し込み・問診票

ID. NO.

記入年月日：平成 年 月 日

姓	名	生年月日
フリガナ		明治 大正 昭和 平成
		年 月 日生 (歳)

住 所	連絡先電話番号
〒	自宅
府・県（堺市・和泉市・市）	
区 台・町	携帯

*下記の項目について診療に重要な参考となりますので、ご記入下さい。

●本日受診することになった主な症状は？

いつごろから？

どのような症状が？

[] []

●今までにかかった主な病気、けが、手術は？

何歳ごろ？

どのような病気、けが、手術が？

[] []

●今までにくすりや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 →

なし []

●現在内服中の薬がありますか？

[]

●現在妊娠は？

している →

していない []

ヶ月

●酒やたばこはだいたい1日どれくらいのみますか？

[酒 合] [ビール 本] [たばこ 本]

●以前当院にかかれたことはありますか？（再診の方のみ記入）

あり →

なし []

年 月頃

●何で当院を知りましたか？

・広告（泉北コミュニティ・ホームページ） ・友人、知人の紹介 ・その他（ ）

当院は、あなたの病歴を今後管理いたしますので、
診察後お渡しします診察券を、来院される時は必ずご持参下さい。