

診察申込書

カルテ番号 ()
申込日：令和 年 月 日

氏名：^{フリガナ} (旧姓：)

生年月日：令和・平成・昭和・大正 年 月 日 (男：女) 歳

住所：〒

電話番号：

携帯番号：

職業：

問診票

本日、診察を受ける病気についておたずねします。

A) いつから、どうされたましたか？
()

B) 体のどの部位ですか？
()

C) 自覚症状 (かゆみ ・ 痛い ・ 特になし) ○をつけてください。

D) 当院にかかる前に他の病院で治療を受けていましたか？
・いいえ ・はい (医院名： 科)

1) いままでに病気にかかったことがありますか？○をつけてください。
胃潰瘍 肺疾患 腎疾患 塵肺 心臓病 糖尿病 高血圧
ショック症状 アレルギー疾患 (鼻炎 結膜炎 喘息)
その他 ()

2) 現在、他院で治療中の病気がありますか？
・ない ・ある (病名： 病院)

3) 現在、服用中の薬がありますか？
・ない ・ある (どういう薬ですか？)

4) 薬のアレルギーをおこしたことがありますか？
・ない ・ある (どういう薬ですか？)

5) (既婚 ・ 未婚) いずれかに○をつけてください。

6) 現在、妊娠していますか？ ・はい (カ月) ・いいえ
妊娠する予定がありますか？ (ある ・ ない) 授乳中ですか？ (カ月)

7) 最近、海外へ行かれたか？ (はい ・ いいえ)

8) ジェネリックを希望しますか？ (はい ・ いいえ)

9) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい ・ いいえ)