

NO. _____

問 診 票

令和 年 月 日

下記の質問にご記入の上、保険証を添付して受付に提出してください。

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 歳		
フリガナ			
住所	〒 _____		
電話	(_____)	携帯	(_____)
当院を受診されているご家族はいますか？ <input type="checkbox"/> はい(氏名 _____)			

1. 体温 (_____ °C) お子様が受診の場合、体重をご記入ください(_____ kg)

2. いつ頃から、どのような症状ですか？

3. 今、薬は飲まれていますか？ はい いいえ

薬名:

4. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

病名・手術名:

5. 今までに薬や注射、食べ物でじんましんなどのアレルギー症状が出たことがありますか？

はい いいえ

薬・食べ物名、および症状:

6. 女性の方にお尋ねします

1) 現在、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ わからない

はいの方(ご出産予定日: 令和 年 月 日)

2) 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

※当院の患者様に関する情報は、特にお申し出の無い限り待合室に掲示してある通りの取り扱いとしております。これ以外の取り扱いにつきご希望がございましたら、ご記載ください。

無し 有り (_____)

例: 氏名の呼び方、自分の病状を家族に伝えないで欲しい など

御協力ありがとうございました。

うねび内科クリニック