

さいきょうクリニック 外来問診票

※ 初診の方・変更のある方はご記入お願いします。 受診申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	年齢
氏名		男 ・ 女	歳
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒		
電話番号：	携帯電話番号：		
会社名	電話番号：		

質 問

1. 当院の受診は初めてですか？	はい	いいえ
2. 本日、どのような症状で診察にこられましたか？ <ul style="list-style-type: none"> ● いつからどこがどんな具合ですか？ (_____ 頃から) ● そのためにどこかで診察を受けましたか？ <ul style="list-style-type: none"> ・受けていない ・受けた (____ 月 ____ 日 医療機関名： _____) ● 発熱・下痢症状がある場合、1か月以内に海外への渡航歴がありますか？ <ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある (国名： _____) ● <u>予防接種希望の場合</u> 希望するワクチンの種類 (_____) <p>※ 当クリニック受診のきっかけを教えてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関からの紹介 ・ホームページ ・インターネット ・自宅に近い ・広告、看板を見て ・知人、友人に聞いて ・その他 (_____) 		
3. 現在、治療中の病気がありますか？	ある ⇒病名：	ない
4. 今飲まれている薬はありますか？	ある ⇒薬名：	ない
5. 以前かかった病気・手術などがありますか？	ある ⇒病名：	ない
6. 飲み薬や注射で気分が悪くなったり、湿疹などがでたことがありますか？	ある ⇒ 症状： 薬名：	ない
7. 現在、妊娠中または妊娠の可能性、授乳中ですか？	妊娠中 (____ 週) ・妊娠の可能性あり ・授乳中	いいえ
8. 健康保険証のコピーをとらせていただいてもよろしいでしょうか？	はい	いいえ