

初めてのの方は問診票を記入して、保険証とともに受付にお出してください。

Please fill in and hand in (with insurance card)

診察申込・問診票 (Resistration form)

診察券番号 () 記入年月日 (Fill in date) 令和 年 (YY) 月 (MM) 日 (DD)

フリガナ (Name)	男・女	生年月日 (Date of birth)	大正・昭和 平成・令和 年 (YY) 月 (MM) 日生 (DD)	才 (Age)	
氏名					
住所 (Address) 〒	電話 (Tel)				

● 乳幼児の方はわかれば、現在の体重を書いてください

体重 (Body weight) _____ k g

● どのような症状でしょうか？ (いつごろから) (Symptoms)

● 今までに大きな病気にかかった方は○印をつけてください (Past history)

心臓病 高血圧 糖尿病 肝臓病 結核 リュウマチ
手術の有無 なし あり

乳幼児の方で、かかった方は○印をつけてください

はしか 風疹 おたふくかぜ みずぼうそう 突発性発疹

● 家族や血のつながった方で大きな病気の方はいますか？ (死亡された方も含めて) (Family history)

どなたが？ _____ 病名 _____

● 今までにくすりや食物でアレルギーがありましたか？ (Allergy)

あればくわしく書いてください

なし (No)

あり (Yes) → _____

● 現在妊娠は？ (Pregnancy)

していない (No) している (Yes) (_____ ヵ月)

● 当院のことは何でお知りになりましたか？

○タウンページ ○タウンガイド ○交差点の看板 (○紀寺町 ○大森町)
○電柱の看板 ○インターネット ○患者さんからの口コミ
○その他 (_____)