

問 診 票

診療申込書

平成 年 月 日

貴院に診療を申し込みます。

ふりがな		性別	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成
お名前		男 女		年 月 日 (満 歳)
現住所		電話	自宅 ()	携帯 ()
勤務先(連絡先)		電話	()	
世帯主の名前		続柄	職業	
今までに当院を受診された事がありますか？	ある(年 月頃) ・ ない			

<p>1. 具合の悪いのはどこですか？</p> <p>場所(部位)</p> <p style="text-align: center;">頭部 胸部 腹部 背部 上肢 下肢 その他()</p> <p>いつから</p> <p>症状</p>				
<p>2. 今回のことで、他の医療機関を受診されましたか？</p> <p>病医院名() 病名()</p> <p>紹介状 有 ・ 無</p>				
<p>3. 今までに、次のような病気をされたことはありますか？</p> <p style="text-align: center;">心臓病 高血圧 腎臓病 胃腸病 肝臓病 糖尿病 結核 脳の病気</p> <p>その他() 特になし</p>				
<p>4. 薬や注射などで副作用がでたことはありますか？ ある なし</p> <p>薬剤名() 注射名()</p> <p>その時どのような症状がでましたか？</p> <p style="text-align: center;">1じんましん 2しびれ 3気分不快 4ショック 5その他()</p>				
<p>5. 輸血をされたことはありますか？</p> <p style="text-align: center;">ある(年頃) ない 不明</p>				
<p>6. 飲酒量は？(例ビール1本、日本酒1合)</p> <p style="text-align: center;">本 合 杯 たばこ 本</p>				
<p>7. 現在、妊娠又は妊娠の疑いがありますか？</p> <p style="text-align: center;">はい いいえ 不明</p>				
<p>8. 介護認定されていますか？</p> <p style="text-align: center;">はい(介護度) いいえ</p>				
<p>9. その他のご相談や気になること、ご希望の検査などございましたら、お書き添え下さい。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">原 因</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">交通事故 仕事中のケガ 運動中のケガ その他()</td> </tr> </table>		原 因		交通事故 仕事中のケガ 運動中のケガ その他()
	原 因			
	交通事故 仕事中のケガ 運動中のケガ その他()			
<p>身長 cm 体重 kg</p>				