

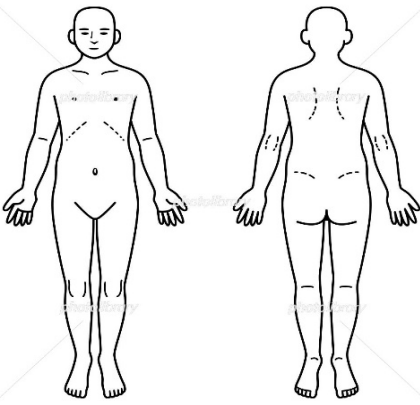
# 診療申込書兼問診票

## 診療申込書

記入日 年 月 日

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	( 歳)
現住所	〒			電話番号	自宅	( )		
					携帯	( )		
世帯主名		続柄		電話番号	( )			
職業		勤務先名		連絡先	( )			
当院に受診されたことはありますか？ → ある( 年 月頃) ない								

## 問診票

<p>1. 今日はどうされましたか？</p> <p>①具合が悪い 体温( 度)</p> <p>症状 せき 喉の痛み 鼻水 頭痛 下痢 嘔吐</p> <p>だるさ 痔 その他( )</p> <p>いつから( )</p> <p>②身体が痛い、 又は負傷した (該当部分を絵に○ をしてください。)</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div> <p>いつから ( )</p> <p>理由 ( )</p> <p>③健診で医療機関を受診するよう指摘された</p> <p>④その他( )</p>	<p>2. 原因が以下の場合は○をしてください</p> <p>交通事故 仕事中のケガ</p> <p>通勤中のケガ 学校でのケガ</p> <p>3. 今回のことで、他の病院を受診されましたか？</p> <p>病院名( )</p> <p>病名( )</p> <p>4. 今までに病気をされたことはありますか？</p> <p>心臓病 高血圧 腎臓病 肝臓病</p> <p>糖尿病 結核 喘息 脳の病気</p> <p>その他( ) なし</p> <p>かかりつけ医( )</p> <p>5. 輸血をされたことがありますか？</p> <p>ある( 年頃) ない 不明</p> <p>6. 尿の悩みはありますか？</p> <p>ある( ) ない</p>
<p>7. 現在、服用している薬がありますか？ あり(下記空欄にお薬名を書いてください。) なし</p>	
<p>8. 薬や注射などで副作用が出たことがありますか？</p> <p>薬剤名( ) 注射名( )</p> <p>その時どのような症状が出ましたか？</p> <p>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>9. 飲酒、喫煙する方にお伺いします。</p> <p>( 本) ( 合) ( 杯) (たばこ 本)</p>	
<p>10. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠または妊娠の疑いがありますか？</p> <p>はい いいえ 不明</p>	
<p>11. 介護認定されていますか？ はい(下記の部分にご記入ください。) 申請中 なし</p> <p>(介護度 ) (事業所名 担当者名: )</p>	
<p>12. その他に、ご相談や気になること、ご希望の検査などがありましたら、お書き添えください。</p>	
<p>身長 cm / 体重 kg / 紹介状の有無 有り( ) 無</p>	

個人情報保護法に基づき、当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

当院で定めた利用目的の範囲については受付に掲示してありますのでご確認願います。