

# 診療申込・問診票

平成 年 月 日記入

正確な診察のため、ご記入をお願いいたします。書き方などでわからない点は遠慮なくお尋ね下さい。  
ご記入いただいた内容は、診療以外の目的には使用致しません。

ふりがな お名前	(男・女)	明・大・昭・平	年	月	日生(満	歳)
〒 ご住所		お電話番号				
		携帯電話				
● 当院は何でお知りになりましたか? 電話帳を見て・広告を見て・看板を見て・ホームページを見て・市立西脇病院に通院していた 知人に聞いて・紹介を受けた( )から)・その他( )						

- 今日受診することになった主な症状をお聞かせ下さい。  
どのような症状が? ( )  
その症状はいつ頃からですか? ( )

- 今までにかかったことがある主な病気やケガ・手術はありますか?  
高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳卒中・呼吸器疾患・輸血  
受けた手術( )・その他( )・特になし

- 今までに、くすりや食べ物などで、アレルギー症状が出たり気分が悪くなったことはありますか?  
いいえ ・ はい (くすり: )  
(食べ物: )

- 生活習慣についておたずねします。  
アルコール 飲まない ・ 飲む(1回に ) を ぐらい 週 日飲む)  
たばこ 吸わない ・ 吸う(1日 本)

- 女性の患者さんにおたずねします。  
妊娠していますか? いいえ ・ はい(ヶ月)・可能性がある  
授乳中ですか? いいえ ・ はい

- 現在、通院中の病院・医院、飲んでいくすりはありますか?  
ない・ある(病医院名: ) 病名: )  
くすりを飲んでいる方は、くすりの名前や種類: ( )

- ご家族で下記の病気やその他の大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか?  
高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳卒中・その他( )  
特になし

- おたずねになりたいことや不安なこと、ご要望などがあれば自由にお書き下さい。  
( )