# 診療申込書兼問診票（大人）　令和　年　月　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ﾌﾘｶﾞﾅ<br>お名前 | （男・女） | 生年<br>月日 | 明治　大正　昭和　平成<br>年　月　日（　歳） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ<br>ご住所 | 〒（　－　） | 電話<br>番号 | ※連絡する順にご記入ください<br>1)　自宅・携帯（続柄　）<br>2)　自宅・携帯（続柄　） |

〈わかる範囲でご記入ください。〉

1　本日はどのような理由で来院されましたか。
他院からの紹介　定期通院の希望　体調が悪い　健診で異常がある　書類を希望

2　次の状態に当てはまれば〇で囲んでください。
ぐったりしている　意識状態が悪い　手足が動かない

3　どのような症状ですか。あてはまる症状を〇で囲んでください。
発熱　頭痛　鼻水　せき　痰　吐き気　おう吐　下痢　痛み（場所　）
しびれ（場所　）　発疹（場所　）　痒み（場所　）
ケガ（どこを；　どのように；　）
〇これらの症状ははいつから始まりましたか。
月　日　午前・午後　時頃から

4　思いあたる原因がありますか。
※１か月以内に海外渡航歴のある方や、家族や周囲の方で同じ症状がある方はご記入ください。
【　】

5　今までに注射や薬で副作用（発疹・気分不良・ショック）がありましたか。
はい　・　いいえ（薬品名　/薬品不明）

6　喫煙・飲酒について
・タバコは吸いますか（吸わない・吸う/１日　本くらい・以前吸っていた　歳まで）
・お酒は飲みますか（飲まない　・　飲む　・　毎日/時々　【種類】　【量】

7　女性の方のみお答えください。
妊娠中ですか。（はい　・　いいえ　・　不明）授乳中ですか（はい　・　いいえ）

**初めての受診の方と、前回受信から１年以上受診していない方は、８・９の設問をご記入ください**

8　今までに他院で診察を受けたり、治療中の病気はありますか。（はい　・　いいえ）
「はい」の方のみ、あてはまる病名に〇印をつけてください。
高血圧（　歳）脂質異常症（　歳）糖尿病（　歳）脳梗塞（　歳）脳出血（　歳）
心臓病（　歳）肝臓病（　歳）腎臓病（　歳）胃潰瘍（　歳）喘息（　歳）
花粉症（　歳）前立腺肥大（　歳）緑内障（　歳）がん（　歳／部位　）
その他の病気（病名；　）
入院治療を受けた病気（　）
〇飲んでいるお薬はありますか。（はい　・　いいえ）※お薬手帳をお持ちの方は・受付にお渡しください

9　ご両親・兄弟姉妹で以下の病気の方がいらっしゃれば〇をつけてご関係をご記入ください。
生活習慣病（高血圧・高脂血症・糖尿病）心臓の病気（狭心症・心筋梗塞・不整脈）
脳の病気（片頭痛・脳梗塞・脳出血・認知症）アレルギー（喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎）
がん（部位　）精神疾患（　）
その他の疾病（病名　）

10　不明な点や質問があればご記入ください。