

## 初診申込書

申し込み日時	年      月      日	ID :
ふりがな		性別      男   ・   女
氏      名		生年   明・大      年      月      日 月日   昭・平      (      歳)
現      住      所	〒      -	
電      話      番      号	自宅 (      )      -	携帯番号 (      )      -
緊      急      連      絡      先	氏名      (続柄)	電話番号
当院を知られたきっかけをお聞かせください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> クリニック前の看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (      ) <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (      ) <input type="checkbox"/> その他 (      )		

## 問診票

1. 今日はどのようなことで来られましたか？
  - ① どこが？ (      )
  - ② どのような症状ですか？ (      )
  - ③ いつからですか？ (      )
  - ④ 検診で異常を指摘された (指摘内容      )
  - ⑤ 予防接種・プラセンタ・禁煙・その他診療 (      )
2. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方は病名 (      )
3. 現在、飲んでいる薬がありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方は薬剤名 (      )
4. 薬や食物に対するアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方は薬剤名・食品名 (      )
5. お酒をのみますか？ 飲む・飲まない  
飲む方は (      日/週 何をどの位？      )
6. タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (      本/日)
7. 現在の状態についてお答え下さい。
  - ① 食欲    良好   ・   普通   ・   不振
  - ② 便通 1 日に      回、または      日に 1 回
8. 女性の方にお伺いします、現在妊娠しているか授乳中ですか？ (妊娠中・授乳中・不明・いいえ)
9. 健康診断を定期的に受けていますか？ はい・いいえ  
いいえの方は理由をお聞かせください。多忙・経済的負担・面倒・何となく・その他 (      )
10. あなたの病名が癌の場合、直接医師が告知することを望みますか？ 望む・望まない・分からない
11. 検査を受けられた方で追跡検査が必要な場合、郵送にて検査案内のご連絡をさせて頂いて宜しいですか？  
はい ・ いいえ