

## 診療申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 才 )
氏名				
住所				
電話番号	自宅	携帯		
学校・会社名	電話番号			

## 【質問事項】

・現在かかっている、または過去にかかった病気はありますか？ 心臓病・腎臓病・胃潰瘍・肝臓病・糖尿病・喘息・脳梗塞・リウマチ・痛風・がん その他 ( )	はい・いいえ
・現在服用中のお薬はありますか？ 「はい」の方は、お薬の名称がわかりましたらご記入ください。 薬の名前 ( )	はい・いいえ
・過去にアレルギー症状が出たことはありますか？ 「はい」の方は、あてはまるものに○を付けて下さい。 薬・注射・食べ物・その他(具体的に )	はい・いいえ
・飲むのが苦手な薬はありますか？ 錠剤・粉・液体・その他(具体的に )	はい・いいえ
・タバコを吸いますか。 「はい」とお答えの方、1日に何本吸いますか。(1日 本)	はい・いいえ
・お酒を飲みますか。 「はい」とお答えの方、お酒を一週間に何日位お飲みになりますか。 週に6日以上・週に3～5日・週に2日以内 1日にどれ位の量を飲みますか。( )	はい・いいえ
・女性の方へ 妊娠しているかその可能性はありますか。 なし・可能性あり(未確認)・あり(妊娠 週)	はい・いいえ
・授乳中ですか？	はい・いいえ
・診療希望の医師がいる場合は○印をつけてください。 竹村・本田・水野	
・当院では、初診時または保険変更時に保険証コピーを確認の為とらせていた たいております。保険証のコピーをとることに同意しますか。	はい・いいえ
・院内のお知らせをメールでお送りさせていただきます。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。	

メールアドレス

- \* 禁煙外来は完全予約制のため、禁煙治療をご希望の方はあらかじめお電話にてご予約ください。
- \* 形成外科・美容皮膚科のご予約については、ホームページよりお申し込みください。

# 内科問診票

令和 年 月 日

氏名

本日の診療目的についてあてはまるものに○印を付けてください。

- ( ) 今の症状について治療希望 . . . **1** 番を記載ください  
( ) 健診後の再検査・治療 . . . . . **2** 番を記載ください  
( ) 他院処方薬希望 . . . . . **3** 番を記載ください

## 1【今の症状について治療を希望される方】

下記事項についてあてはまるところに○印をつけてください。

・症状が出たのはいつからですか？

24時間以内 ・ 1週間以内 ・ 1～3ヶ月以内 ・ 半年以上前

・どのような症状ですか？

かぜ症状・熱感・だるさ・痛み( )・吐気・下痢・頭痛・せき・息切れ  
むかつき・鼻水・熱( 度)・その他( )

・現在の症状について他院で治療しましたか？

した ・ していない

・他院で治療したとお答えの方へ。処方薬はありましたか？

あり [薬剤名 ] ・ なし

・原因を調べるため必要があれば検査を希望しますか？

する ・ しない

◆「する」とお答えの方へ 特に希望する検査があれば、○印をつけてください。

採血 ・ レントゲン ・ 胃カメラ ・ 超音波 ・ 心電図 ・ CT

・症状改善を目的に次の治療は希望しますか？

のど処置 ・ 吸入(せき改善) ・ 点滴(対応できない場合有)

・症状改善に自費の治療(保険適用外)を希望しますか？

する〈ニンニク注射・プラセンタ注射・飲み薬〉 ・ しない

## 2【健診後の再検査・治療をご希望の方】

再検査の結果にて要治療となった場合、当院での治療を希望されますか。

する ・ しない

## 3【他院処方薬をご希望の方】

お薬手帳の有無、処方薬剤名を記入ください。

薬手帳・薬局用紙 あり ・ なし (薬剤名 )