診療申込・問診票

ふりがな		性別	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年　月　日生（　　）歳
氏名		男 女			
住所	郵便番号（　　－　　）		電話	携帯電話 自宅電話	

※下記の項目について、今後の診療の参考とさせていただきますので、ご記入ください。

●本日受診することになったおもな症状は？

いつごろから？　　どのような症状が？

●今までかかったおもな病気、けが、手術は？

●今までにくすりや食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありますか？

ある　・・・・・・・　くすりや食べ物の種類：

ない

●酒やたばこは1日どれくらいたしなまれますか？

酒＿＿＿合　　ビール＿＿＿本　　たばこ＿＿＿本

●以前に当院を受診されたことはありますか？

ある　・・・・・・・　いつごろ：＿＿＿年＿＿＿月頃

ない

●初めて受診された方へ

当院を受診されたきっかけは

□誰かに紹介された　□ホームページで見た　□SNSで見た　□その他（　　）

※女性の方へ・・・・最終月経　　月　　日

現在、妊娠している可能性はありますか？　はい　いいえ

経口避妊薬の服用　あり　なし