

問 診 票

| | | | | |
|------|-------|-----|----|---------|
| ふりがな | | | | 男・女 |
| 氏名 | (姓) | (名) | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話 | () | — | 携帯 | () — |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 (歳) |

△保険証の種類を○印でかこんでください。

- ・社会保険(本人・家族)
- ・国民保険(本人・家族)
- ・各種共済(本人・家族)
- ・後期高齢
- ・生活保護
- ・自費

△医療証をお持ちのかたは○印でかこんでください。

- ・自立支援医療受給者証
- ・障害者医療証
- ・ひとり親家庭等医療証
- ・子ども医療証
- ・福祉給付資格証
- ・高齢者受給者証

△当院を何でお知りになりましたか。

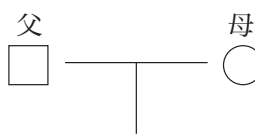
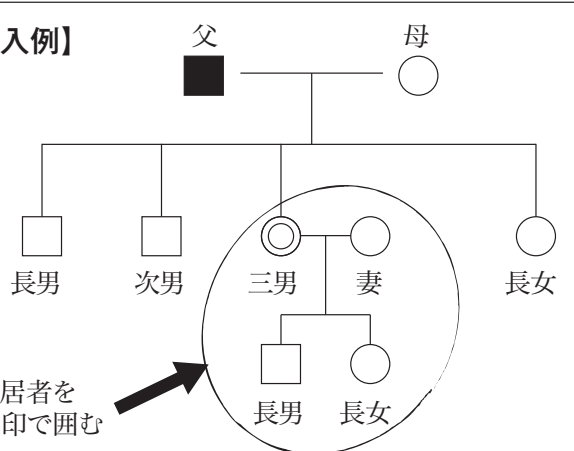
- ・紹介
- ・インターネット(ホームページ)
- ・その他()

治療をすすめるうえで大切な事柄ですので、大変お手数ですが下記の事項についてご記入ください。

【記入日】 平成 年 月 日

【記入者】 本人 夫 妻 父 母 兄弟 姉妹 その他()

【家族構成】

| | |
|---|---|
| <p>【記入の仕方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人は○ ・男は□、女は○ ・死亡者は黒塗り(■または●となる) | <p>【記入例を参考にしてご記入ください】</p>  |
| <p>【記入例】</p>  | |

1. 今日受診する症状について該当する項目に○をつけてください。(複数回答可)

- 1) 眠れない 2) 食欲がない 3) イライラする 4) やる気がでない 5) 不安がある 6) 動悸がする
7) その他 (具体的にお願いします)

【 _____ 】

2. その症状はいつからですか。

_____ 日前 _____ 週間前 _____ ヶ月前 _____ 年前

3. その症状がでてからどこか病院(医院)に通いましたか。 【 はい ・ いいえ 】

どこの病院(医院)ですか。 _____ 病院(医院) _____ 科

4. 薬、食物でアレルギーがでたことがありますか。 【 はい ・ いいえ 】

薬: _____ 食物: _____

5. 現在通院中(治療中)の病院(医院)はありますか。 【 はい ・ いいえ 】

6. 現在内服中のお薬はありますか。 【 はい ・ いいえ 】

そのお薬の名前が分かれば記入してください。

【 _____ 】

7. 今までにされた大きな病気(入院・手術など)がありましたら○をつけてください。

- ・精神科 ・内科 (消化器・循環器・呼吸器・腎臓・内分泌・血液) ・眼科 ・泌尿器科 ・整形外科
・婦人科 ・皮膚科 ・耳鼻咽喉科 ・脳神経外科 ・その他 (_____)

8. 出生地 【 _____ 】

9. 最終学歴 【 _____ 】

10. お仕事の内容をご記入ください。

【 _____ 】

11. アルコールは飲みますか。 【 はい ・ いいえ 】

種類: _____ 一日量: _____ 何年間: _____

12. 家族の方で今までにされた大きな病気(入院・手術など)がありましたら○をつけてください。

- ・精神科 ・内科 (消化器・循環器・呼吸器・腎臓・内分泌・血液) ・眼科 ・泌尿器科 ・整形外科
・婦人科 ・皮膚科 ・耳鼻咽喉科 ・脳神経外科 ・その他 (_____)

13. 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠していますか。 【 はい (_____ ヶ月) ・ いいえ 】

現在授乳していますか。 【 はい (_____ ヶ月) ・ いいえ 】

14. 特に医師に知らせたいことがありましたらご記入ください。

【 _____ 】

ご協力ありがとうございました。この用紙を受付に提出してお待ちください。

