

診療申込書兼問診票

年 月 日

初めて受診される方は、太枠の中を記入のうえ、保険証・医療受給者証を添えて受付にご提示ください。

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生	職業	
現住所	〒 都道府県 市郡 町区 ※マンション等建物名・室番号もご記入ください。			
電話番号	自宅 () -	携帯 () -		
緊急連絡先	氏名 様 (続柄)	電話 () -		
受診歴	1. 渡辺病院で診療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※前回受診後に姓を変更された方は旧姓をご記入ください。(旧姓：)			
問診票	1. 本日はどうなさいましたか？ () 2. 今までにかかったことがある大きな病気や他院で治療中の病気を教えてください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 前立腺疾患 <input type="checkbox"/> その他 { 病名 } 3. 現在服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { 薬剤名 } ※お薬手帳・薬剤情報提供書をお持ちでしたら医師へお見せください。 4. お薬のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { 薬剤名 }			
当院を選ばれた理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> 専門性が高い <input type="checkbox"/> 家族・友人・知人からの勧め <input type="checkbox"/> 交通の便が良い <input type="checkbox"/> インターネット等 <input type="checkbox"/> その他 { }			