

ID:

初診申込書

はじめて受診される方のみご記入下さい

平成 年 月 日

フリガナ		
氏名	様	男・女
生年月日	明大 年 月 日 昭平	才
現住所	〒 -	
電話	()-	
連絡先 (携帯電話)	()-	所有者

ご来院、ありがとうございます。
当院では、来院される皆様へのサービス向上に努めております。
その参考とするため、下記のアンケートについて解答をお願いしております。
さしつかえなければ、ご協力をお願い致します。

Q.当院へ来院された理由 ●ほかの病医院からの紹介 ●自宅から近い

●病院の評判 ●知人の紹介 ●当院の看板を見て

●当院のホームページを見て ●市役所のCMを見て ●その他 ()

住所登録	保険登録	スキャン

初診問診

お名前 _____

H 年 月 日

禁煙外来・睡眠時無呼吸外来ご希望の方は先に受付へ声掛けをお願い致します。（問診表が別になります）

今日は、いつから、どのような症状で来ましたか？

現在通院していますか？ はい（病院名 _____） いいえ

現在飲んでいる薬はありますか？ はい _____ いいえ

薬手帳は持っていますか？ はい _____ いいえ

薬などでアレルギーはありますか？ はい（薬名 _____） いいえ

過去にかかった病気はありますか？

はい（ _____ ） いいえ

タバコは吸いますか？あるいは以前吸っていましたか？

はい（【1日 本】×【 歳から 歳まで】） _____ いいえ

アルコールは飲みますか？ はい _____ いいえ

便の回数 日 回

職業は？（過去を含めて健康に影響のある職種についていましたか？）

（ _____ ）

【女性の方へ】

最終月経： 月 日～ 月 日まで

妊娠の可能性： 有 無