

診療申込・問診票

☐ 初診

☐ 再診 ※再診の方は希望処方のみにご記入頂き、診察券を忘れずにお持ちください。

フリガナ
お名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 月 日

性別 男・女 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご住所 〒 _____

市・区 _____

電話番号 _____

メールアドレス

(PC) _____ (モバイル) _____

今後当院からキャンペーンなどのお得な情報をご案内してもよろしいですか

☐ 希望する ☐ 希望しない

当院を何でお知りになりましたか インターネット・看板・ご紹介・その他 ()

下記の該当するところに○をつけてください

◇ 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？ (はい・いいえ)

◇ 近親者 (血のつながった方) に次の病気がありますか？ (はい・いいえ)

癌、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎、
腎臓病、結核、その他

◇ 食物や薬品のアレルギーはありますか？ (ない・ある)

(食品、薬品名)

◇ 下記の中で当てはまるところを選んで下さい。

便通： 快便 下痢 便秘 (日に 回)

たばこ：吸わない・吸う (1 日に 本、約 年間)

酒： 飲まない・飲む (種類：)

(量：1 回 杯、 毎日 週に 1～3 回 月に 1～3 回)

ご希望の処方内容

☐ ゼニカル _____錠

ご記入ありがとうございました