

ID \_\_\_\_\_

## 診療申込書兼問診票

依頼担当: \_\_\_\_\_

受取担当: \_\_\_\_\_

来院されたお時間をご記入ください。

時 分

平成 年 月 日 記入

氏名	フリガナ	住所	□□□-□□□□		
	男 女		職業	自宅電話 ( )	携帯電話 - -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 才	被保険者氏名	続柄		

(診察の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。)

診察希望の診療科に○をつけてください。	利き腕 ( 右 ・ 左 )
総合内科 外科	来院時の食事摂取( あり 時頃 ・ なし )
消化器内科 乳腺外科	水分摂取( あり 時頃 ・ なし )
循環器内科 脳神経外科	身長( cm ) ・ 体重( kg )
腎臓内科 整形外科	女性の方のみ
呼吸器科 歯科・口腔外科	現在妊娠 ( あり ・ なし ・ 疑い )
糖尿病・内分泌 眼科	
泌尿器科 婦人科	
頭頸部外科・耳鼻咽喉科	

診察希望の医師がありましたらご記入ください。( )先生

① 他施設からの紹介状のご持参 ( 有 ・ 無 )

② 来院された理由をご記入ください。 ・ 定期検診のための来院

いつ頃:

どのような症状:

③ 現在、受診または治療中の病気がありますか。

- ・ なし
- ・ あり (病名または、症状をご記入ください。)

最近受診した(受診中の)医療機関名等

病院・診療所

医院・クリニック

お薬情報を本日持参している・していない・無し

④ 過去に患った病気、または、入院・手術をされたことがありますか。

- ・ なし
- ・ あり 当院にて ・ 他医療機関名( ) )  
(病名 )  
(手術名 )

⑤ あなたと血縁関係にある方で、他院も含め、入院や手術をされた方はありますか。

- ・ なし
- ・ あり (祖父・祖母・父・母・兄弟姉妹・子 :病名 )

⑥ 薬・注射・食事その他で発疹やショック、アレルギー症状を起こしたことがありますか。

- ・ なし
- ・ あり (詳しく : )

⑦ 嗜好について

たばこ ( 本/日 ) ・ アルコール類( 本、合、杯/日 )

ご記入ありがとうございました。この用紙は初診受付にお出してください。

朝日大学病院