

患者登録・成人問診票

(※以前お書きになった方は、①お名前、②本日の症状についてのみご記載ください)

ふりがな			ご住所	〒 (-)
お名前		男 女 その他		
年齢	歳			
生年月日	昭和・平成	年 月 日		
携帯電話			自宅電話	

問診項目

同伴者のご関係：

これまでにかかった病気についてお書き下さい
 なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 高尿酸血症 喘息 肺炎 脳卒中 心筋梗塞（狭心症）
 その他（
 手術歴（

かかりつけ医はありますか
 なし あり （医療機関名： ）

現在、定期的に内服されている薬はありますか
 なし あり （

薬・食物アレルギーの有無 なし 花粉症 その他（ ）

嗜好品： タバコ なし あり （1日 本 年間）
 お酒 なし あり （週 回/ 1回 程度）

本日の症状について
 体温 °C 身長 cm 体重 kg
 本日はどのような症状で受診されましたか？
 ・いつ頃：（ ）から
 ・どんな症状：（ ）
 ・妊娠中 ・授乳中
 ・ご希望の検査はありますか？その他何かお伝えしたいことがあれば、ご記入下さい

もしよろしければ簡単なアンケートにご協力いただけますよう、お願い致します（複数回答可能）

1) 当院を知ったきっかけは？ チラシ 通りがかり ネット 口コミ その他（ ）
 2) 当院を選んだ理由は？ 家が近い 職場が近い 診療日時 医師の経歴 クリニックのコンセプト
 3) 希望する診療内容など（ ）

※その他、ご希望やご意見、ご評価がありましたらぜひネット上の口コミサイト、ホームページ問い合わせ欄、もしくは直接フィードバック頂きますようよろしくお願い致します。

検査指示（以下クリニック側で使用します）

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 迅速検査（溶連菌・インフル・アデノ・ノロ/ロタ・マイコ・ヒトメタ） |
| <input type="checkbox"/> 尿検査 | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 鼻吸引 |
| <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 紹介状あり |
| <input type="checkbox"/> レントゲン | <input type="checkbox"/> 処方あり（処置・院内・院外） |
| <input type="checkbox"/> 超音波 | <input type="checkbox"/> 検査・点滴後（再診察・お会計） |

※なお、医療利用の目的で保険証をコピーさせていただきます。ご希望されない方はお申し出て下さい。