

問 診 票

フリガナ		男性 ・ 女性
お名前		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢 才

- (1) 本日も希望の診察内容をお選びください。
 循環器（心臓病など）・一般内科（風邪など）・睡眠障害・無呼吸・予防接種
 その他（ ）
- (2) 現在、お困りの症状をお聞かせください。
- (3) 身長と体重をお教えてください 身長 _____ cm 体重 _____ Kg
- (4) 本日の診察のために、下記の質問にお答えください。
- ① 現在、他の病院・医院（クリニック）に通院されていますか？ (はい・いいえ)
 - ② 今までに、大きな病気をされたことがありますか？ (はい・いいえ)
 - ③ 手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
 - ④ 現在、服用中のお薬はありますか？ (はい・いいえ)
 - ⑤ お薬・食物のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)
 - ⑥ 血縁で若くしてお亡くなりになられたかた、あるいは突然お亡くなりになられた方はいらっしゃいますか？ (はい・いいえ)
 - ⑦ (女性の方) 現在、妊娠されている可能性はありますか？ (はい・いいえ)
 - ⑧ 肝炎・結核・その他の感染症にかかった事がありますか？ (はい・いいえ)
- (5) 当院をお選びになった理由をお聞かせください（複数回答可）
- ① クリニックの看板を見て ② インターネットで調べて（ホームページを見て）
 - ③ 駅看板を見て ④ 電柱看板 ⑤ 雑誌に掲載された記事を読んで
 - ⑥ チラシ（パンフレット）を見て ⑦ 内覧会の印象
 - ⑧ 他医療機関の紹介 ⑨ 友人・知人・ご家族からの紹介
 - ⑩ その他（ ）

ここに記載していただいた個人情報に関しましては、医療目的以外では使用いたしません。
 また、届出の必要な場合を除き、ご承諾を頂かずに個人情報を第三者に提供することも
 ございません。

当院では、電子カルテ診療を円滑に行うため診察室に、看護師の他、医療事務員をおいております。
 気になる方は、受付の際に事前にお申し出ください。ご配慮いたします。

院長 池上 晴彦