問診票

						令和	年		月
ふりがな									
受診者名									
住所	〒								
	明 大 令 昭 平 西暦		<u>-</u>	年		月	日	性別	男・女
電話番号	(自宅)				(携帯)				
5		5	}	-		ごのように こご記入くか		悪いかを	下の絵に
	, (\)			いこ	つから				
		Tour Down		どこ	こが				
(uu)	min		239	どの	りように				
同じ症状 □ いい <i>え</i>	で別の病院で診	②察を受けら	れましたか?)					
□ <i>はい</i>	⇒ いつ どこで		リニック名)	$\begin{matrix} \exists \\ \rightarrow \end{matrix}$	()
	内容	□ 通院 □ 内服薬 □ その他	□ 入院 □ 注射 (手術)			
	こ大きな病気を	患ったこと、	または現在	治療「	中の病気	えはありま	すか?		
□ ない□ ある	⇒ □ 胃腸□ 喘息	□ 心臓 □ 結核			腎臓その他	□ 高血E (E	□糖♬	录病)
	こじんましんや	食品、薬なる	どでアレルギ	ーを	おこした	ことがあ	ります	か?	
□ ない□ ある	⇒ 食品名や薬	品名をご記え	入ください	()
・現在、 ・妊娠の	ちにお尋ねしま 妊娠しています 可能性はありま いとお答えにな	ーか? ミすか?				日)		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。 ※高額療養費制度に同意されたものとして対応させて頂きます。

(不要の場合は窓口へお申し出ください)