

診療申込書

ふりがな			年齢	職業
お名前	様		才	1. 会社員 2. 自営業 3. 専門職 4. パート職 5. サービス業 6. 主婦 7. 学生 8. 無職
		男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		世帯主	
住所	〒		世帯主との続柄	
電話	自宅 () 携帯 ()			
お勤め先	電話 ()			

問診票

年 月 日 様 身長 cm
体重 kg

1、今日はどうなさいましたか

発熱(度) 咳 鼻水 喉の痛み 頭痛
吐き気 嘔吐 下痢 腹痛
動悸 息切れ めまい 立ちくらみ 疲労感 倦怠感
関節痛(部位) 打撲 手・足こわばり
学校・職場健診で再検査するよういわれた
その他()

2、その症状はいつからありますか

[]

3、治療中の病気がある方はご記入下さい

病名 [] [歳頃]

4、現在飲んでいるお薬がある方はご記入下さい

[]

5、お薬のアレルギーはありますか

ある 薬品名 [] ない

6、手術を受けたことがありますか

ある 病名 [] [歳頃] ない

7、(男性のみ)前立腺肥大症と言われた事がありますか ある ない

8、(女性のみ)現在妊娠中ですか はい いいえ

9、輸血を受けたことがありますか はい いいえ

10、厚木市立病院にかかった事がありますか

ある(科 先生) ない

11、当院を何でお知りになりましたか

自宅に近い 友人・知人の紹介 家族の紹介 他の医師に勧められた
インターネット その他

12、※医療費明細書の発行を希望しますか する しない

(※検査・処置・使用した薬剤等、診療に関する情報が記載されています)