

ID: _____

Dr. _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票

血圧

/

脈拍

フリガナ	生年月日		年齢
お名前	(男・女)	T・S・H 年 月 日	(歳)
ご住所	〒 _____		
自宅電話	携帯電話		
緊急連絡先	フリガナ お名前	続柄 ()	電話番号

身長	cm	体重	kg	血液型	型
----	----	----	----	-----	---

当院を最初に知ったきっかけについて、当てはまる箇所に✓をつけてください

- 当院の公式ホームページ 渡邊剛公式サイト 医療サイト (媒体名: _____))
 ブラックジャックの看板を見た (見た場所: _____) 病院の近くを通った
 検索エンジン (Yahoo・Google・その他: _____/ 検索ワード: _____))
 インターネット記事 (媒体名: _____) 雑誌記事 (雑誌・記事名: _____))
 知人や家族の紹介 当院の公式 SNS (LINE・Facebook・Twitter・Instagram・YouTube)
 他の医療機関からの紹介 (病院・医師名: _____))

以下の中で、見たことのあるものに✓をつけてください

- 当院の公式ホームページ 渡邊剛公式サイト 医療サイト (媒体名: _____))
 インターネット記事 (媒体名: _____) 雑誌記事 (雑誌・記事名: _____))
 ブラックジャックの看板 (見た場所: _____))
 当院の公式 SNS (LINE・Facebook・Twitter・Instagram・YouTube)

Web で病気や病院について調べたことはありますか？

- ない ある→【サイト: (Yahoo・Google・その他: _____) (検索ワード: _____)】

来院の予約はどちらを利用されましたか？

- 電話予約 無料 LINE 相談 直接来院 初診 Web 予約
 無料ネット外来でお問い合わせ (病院公式サイト・渡邊剛公式サイト・Yahoo ページ・Google ページ)
 その他 (_____)

※裏面もご記入ください

■紹介状はありますか？ なし あり

■かかりつけ病院についてご記入ください

病院・クリニック名： _____ / 担当医： _____ 先生

■受診ご希望の診療科 _____

■症状について具体的にご記入ください

(いつ頃から)
(具体的な症状)

■以下の中で、これまでにかかったことのある場合は✓をつけて、年齢をご記入ください

- 脳梗塞 (歳) 脳出血 (歳) 狭心症 (歳) 心筋梗塞 (歳)
 不整脈 (歳) 心房細動 (歳) 高血圧 (歳) 高脂血症 (歳)
 糖尿病 (歳) 腎臓病 (歳) 気管支喘息 (歳)
 がん (部位： _____) (歳)

■上記以外で、今までに大きな病気・手術・入院の経験はありますか？

なし あり (具体的に、病名： _____ いつ頃： _____)

■薬や食べ物にアレルギーはありますか？

なし あり (具体的に： _____ 症状： _____)

■現在飲んでいるお薬はありますか？

なし あり

お薬の名前

■体内埋め込み金属はありますか？ なし あり

■たばこ 吸わない 吸う (1日 本) 過去に吸っていた

■酒 飲まない 飲む (飲酒量 _____) 過去に飲んでいた

■女性の方へ

妊娠している可能性は ある ない 最終月経 (年 月 日) 閉経

ご記入ありがとうございました。

個人情報の利用目的につきましては、院内に掲示しております。また、それ以外の目的での利用はいたしません。