



診 療 申 込 書

フリガナ		男 女	生 年 月 日	
ご氏名			明・大・昭・ 平	年 月 日
ご職業		未婚 ・ 既婚 ・ 婚約中		
ご住所	〒 -			
お電話番号 (日中のご連絡先)		身長	cm	体重 kg

産婦人科・内科 共通問診票

- 現在治療中の病気やこれまでにかった病気はありますか？
ない 心臓病 腎臓病 肝臓病 ぜんそく 糖尿病 緑内障
その他（ ）
- 手術を受けたことがありますか？
ない ある（内容： ）
- 現在、飲んでいるお薬やサプリメントはありますか？
ない ある（内容： ）
- 食べ物や薬などにアレルギーをお持ちですか？
ない ある（原因と症状： ）
- タバコは吸いますか？
吸わない 吸う（ 本/日） やめた
- お酒は飲みますか？
飲まない ときどき飲む ほぼ毎日飲む

☆アンケートにご協力をお願いいたします。当院をどちらでお知りになりましたか？

（おもなものを一つお選びください）

- インターネット（google yahoo その他く >）
チラシを見て 建物を見て 知人、家族から紹介されて
医療機関より紹介されて（紹介元 ）
その他（ ）