

ルネスクリニック 受診申し込み票

記入日 年 月 日

(ふりがな) お名前		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日	年齢	歳
住所	〒	電話	
職業			

◆当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ 差しつかえなければ、お聞かせ下さい(複数回答でも構いません)

- 近所(通勤・通学) インターネット検索(google・EPARK・その他病院検索サイト(_____))
 当院のホームページ 知人の紹介(_____様)
 他の医療機関からの紹介 その他(_____)

初めて診察を受けられる方へ 問診票

記入日： 年 月 日

お名前（ ） 男・女 年齢（ ） 歳

1. 受診を希望される理由についてお聞かせください。

1) どんな症状がありますか。

--

2) それはいつ頃からみられますか。（ ）

2. これまでにかかった主な病気や手術についてお聞かせください。

【今までかかった病気】	【手術の有無】	【時期もしくは年齢】
例 (糖尿病)	(あり・なし)	(40歳頃から)
()	(あり・なし)	()
()	(あり・なし)	()
()	(あり・なし)	()

3. これまでにお薬や食べ物などで、アレルギーや強い副作用がみられたことがありますか。

ない

ある→薬・食物の名前：() () ()

4. 現在服用されているお薬やサプリメントはありますか。

ない

ある→服用している薬・サプリメントの名前がわかれば記載してください。

() () () ()

5. アルコール消毒や絆創膏でかぶれませんか？

ない

ある→ アルコール消毒 絆創膏・テープ類 その他 ()

6. 嗜好（しこう）についてお聞かせください。

1) お酒： 飲まない 飲む→週に () 回程度、酒量 ()

2) たばこ： 吸わない 吸う→どの程度 (1日 本)

以前吸っていた→どの程度 (1日 本： 歳から 歳まで)

7. 女性の方にお聞きします。妊娠、授乳中ですか。

なし 妊娠している可能性がある 妊娠中 (第 週) 授乳中

8. ご希望の治療をお聞かせください。

保険診療の適用内での治療を希望 自費診療を含む最善の治療を希望

*** ご記入ありがとうございました。***

※クリニック記入欄

体温	℃	血圧	/	脈拍	/分
----	---	----	---	----	----