

問診票

初めて受診される患者様へ
診察までの間、分かる範囲で以下の項目にご記入をお願い致します
(なお、全て患者様ご本人についての質問です)

記入日 年 月 日

いつから、どんな時にどのような症状がありますか？(具体的に記入してください)

いつから

どんな時に

どのような症状(記入例:眠れない、気分の減入り、不安になる、イライラする、頭痛…など)

本日診察を受けられる方

お名前 生年月日 年齢
_____(男・女) 大正・昭和・平成 年 月 日 _____ 歳

住所 〒 _____

ご連絡可能な電話番号

自宅: _____

携帯: _____

本日同伴者はいますか？

< いない / いる (どなたと お名前 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____) >

緊急連絡先 お名前 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

これまでにわずらったことのある身体的な病気はありますか？

ない / ある 糖尿病、高脂血症、高血圧、脳疾患、緑内障) / 治療済・現在治療中

病名 _____ 歳 医療機関名 _____

心臓疾患、もしくは健診などで心電図異常を指摘されたことはありますか？

ない / ある 治療済・現在治療中

病名 _____ 歳 医療機関名 _____

下記項目をお読み頂き、ご了承頂けましたら□に☑をお願いいたします。

- 当院は完全予約制になっております。混雑を解消する為の目安として予約制としておりますが、診察の状況によっては予約時間通りに診察できない場合もございます。
- 当院正面の駐車場が満車の場合、ファーストパーク牛久ひたち野第1、ファーストパーク牛久ひたち野第2をご利用の方のみ駐車料金を当院にて負担致しますので駐車券を窓口までお持ちください。
満車の場合、患者様の負担にて周辺の駐車場をご利用くださいますようお願い申し上げます。
- 保険証をお忘れの場合、一旦自費となります。後日、保険証確認後に差額を返金致します。

どちらで、このクリニックのことをお知りになりましたか？(○をつけてください)

当院のドクターにかかっていた・インターネット・クリニックの看板・その他 (_____)