

## 問診票

申し込み日 : 20 年 月 日

|  |                      |     |                                     |              |        |
|--|----------------------|-----|-------------------------------------|--------------|--------|
| 姓  |                      | 名   |                                     |              |        |
| フリガナ   |                      |     |                                     |              |        |
| 氏名   |                      |     |                                     | 性別           | 男・女    |
| 生年月日   | 大正・昭和・平成・西暦          |     | 年                                   | 月            | 日生( 歳) |
| 当クリニックでは患者様をお名前でお呼びしています。お名前でお呼びしても宜しいですか？<br>名前で呼んでよい ・ 名前で呼ばないで欲しい(番号でご案内いたします)      |                      |     |                                     |              |        |
| 現住所  | 〒 -                  |     |                                     |              |        |
|  | 都 県                  |     |                                     |              |        |
|  | 府 道                  |     |                                     |              |        |
| <small>(マンション・アパート名までご記入ください)</small>  |                      |     |                                     |              |        |
| 第1連絡先電話番号  | -                    | -   | 検査結果異常や予約変更等、日中連絡の取りやすい番号の記入をお願いします |              |        |
| 第2連絡先電話番号  | -                    | -   |                                     |              |        |
| 緊急連絡先  | -                    | -   | (続柄: )                              |              |        |
| 緊急時ご家族への連絡の可否  | 可・否                  |     |                                     |              |        |
| 身長:  | cm                   | 体重: | kg                                  | (おおよそで構いません) |        |
| いつ頃からどのような症状がありましたか？   |                      |     |                                     |              |        |
| 以前採血を受けた時に気分が悪くなったことはありますか？ はい ・ いいえ<br>※以前採血で気分が悪くなった方はベッドに横になった状態で採血を受けて頂きます。        |                      |     |                                     |              |        |
| 甲状腺の治療歴はありますか？   | はい ・ いいえ<br>病名と治療( ) |     |                                     |              |        |
| ご家族で甲状腺疾患のある方はいますか？(分かる範囲で構いません) はい ・ いいえ<br>続柄と病名( )                                  |                      |     |                                     |              |        |
| 以前かかれた病気、治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ<br>喘息 ・ その他 ( )  |                      |     |                                     |              |        |
| 現在飲んでいる薬や吸入薬などはありますか？ はい ・ いいえ<br>抗凝固薬 ・ その他( )<br><small>(血液をサラサラにする薬)</small>        |                      |     |                                     |              |        |
| アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ<br>アルコール消毒 ・ ヨード ・ その他( )  |                      |     |                                     |              |        |
| 当クリニックを受診されたきっかけ(○を点けて下さい。複数回答可)   |                      |     |                                     |              |        |
| 1. 他院からの紹介 2. 伊藤病院からの紹介 3. HPを見て 4. 家族・知人の勧め( )<br>5. 通院の便がよいから 6. その他( ) 7. セカンドオピニオン |                      |     |                                     |              |        |

※個人情報診療以外には利用いたしません。

しづや甲状腺クリニック 院長

※ 初診の方は保険証をスキャンさせていただきますのでご了承ください。