

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	西暦	年	月	生まれ (歳)
ご住所	〒 -				
自宅電話番号			携帯電話番号		

1.本日どのようなことで来院されましたか？

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 体調不良 | <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 | <input type="checkbox"/> 健康診断 |
| <input type="checkbox"/> 2次健診 | <input type="checkbox"/> 予防接種 | <input type="checkbox"/> その他 |

※体調不良の方、いつごろからどのような症状ですか？ [日前から (最高体温 ℃)]			
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 咳・たん	<input type="checkbox"/> 腹痛	
<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 胸の痛み・不快感	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	
<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 息切れ・苦しい	<input type="checkbox"/> 下痢	
<input type="checkbox"/> だるい(倦怠感)	<input type="checkbox"/> ドキドキする(動悸)	<input type="checkbox"/> 便秘	
<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 食欲がない		
<input type="checkbox"/> その他 []

2.感染症・伝染病の可能性はありますか？ (はい ・ わからない ・ いいえ)

- 1) 身近で流行している病気はありますか？ はい(病名) ・ いいえ
- 2) 1か月以内に海外旅行へ行きましたか？ はい(病名) ・ いいえ
- ※「はい」の方は、いつ行かれたかもお答えください。 ____月____日から____月____日まで

3.今までに大きな病気になったことがありますか？ (はい ・ わからない ・ いいえ)

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 癌
- リウマチ・膠原病 喘息 その他 []
- ※現在、治療中の病気がある方は、お薬手帳をご用意ください。

4.アレルギーはありますか？ (はい ・ わからない ・ いいえ)

※「はい」の方はその内容をご記入ください。 []

5.女性の方のみお答えください。

- 現在、妊娠中ですか？ いいえ ・ はい ・ 可能性あり
- 現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい

宜しければ、以下のアンケートにご協力ください

1.当院へは何を見て来院されましたか。○を付けて下さい。(複数回答可)

インターネット(下記よりお選びください。)

ひかりクリニックのホームページ ・ 病院口コミサイト ・ GoogleMAP ・ その他()

通りがかり ・ 看板 ・ チラシ ・ 家族/知人からの紹介 ・ その他()

2.当院をお選びいただいた理由は何ですか？

自宅が近い ・ 勤務先が近い ・ かかりたい診療科がある(診療科名)

休日でも受診できる ・ 病院口コミサイトを見て ・ 雰囲気 ・ 医師

3.もし自宅や職場で来院しないで診察を受けることができるとしたら受けてみたいですか？

是非受けてみたい ・ 受けてみたい ・ あまり受けたくない ・ 受けたくない

4.スマートフォンのテレビ通話、画面越しで診察することに抵抗はありますか？

全然抵抗がない ・ 抵抗がない ・ 少し抵抗がある ・ 抵抗がある

現在の体温

℃

医療法人誠光会
ひかりクリニック