

問診票

ふりがな _____

お名前前 _____

年齢 _____ 才

郵便番号 〒 _____

住所 _____

電話 Ⅱ _____

体重 (_____)Kg

1. 症状をくわしく書いてください。
2. 同じ病気ではほかの医療機関にかかっていたのなら、医院の名前と飲んでいる薬を書いてください。
3. たばこ ()本、ビール ()本、日本酒 ()合
4. 現在、妊娠、糖尿病、肝炎、喘息、高血圧、胃潰瘍、高コレステロール？
5. いつも飲んでる薬はありますか？
(ウーファリン・風邪薬・漢方薬・血圧の薬・そのほか _____)
6. 薬でかぶれたことはありますか？
・はい (薬の名前 _____)
・いいえ

領収書発行希望の確認書

当医院では領収書の希望を確認したく、下記のご希望の項目にチェックをつけてご署名をいただきたく、よろしく願いいたします。

- 一般領収書（シート）を希望する。
- 診療内容の区分・項目の名称およびその点数または金額を記載した詳細な明細書を希望する。（発行までに多少時間が掛かります）
- 領収書は不要

署名

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 領収書は医療費の控除に利用できます。

* 領収書の再発行はいたしかねますので、大切に保存してください。

くろかわ医院 院長