

診療申込書

年 月 日

ふりがな		
お名前		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	(才)
住 所		
電 話	自宅	携帯
緊急連絡先	電話	続柄

本日来院された理由

- ・どの様な症状ですか？ ()
- ・いつからですか？ ()
- ・検査を希望しますか？ はい・いいえ
- ・薬による副作用はありますか？ ある・ない
 あるに○の方→(薬品 症状)
- ・アレルギーはありますか？ ある・ない
- ・現在何か薬を使用していますか？ はい・いいえ
 薬の名前()
- ・以下の病気を指摘されたことがありますか？ ある・ない
 あるに○の方→(心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病・胃腸病)
- ・過去に大きな病気・手術などの既往はありますか？ ある・ない
 あるに○の方→()
- ・女性の方へ
 現在妊娠していますか？ はい(週)・いいえ
 授乳をされていますか？ はい・いいえ
- ・たばこ 吸う(1日 本)・吸わない

当院へは何を見て来院されましたか？

(電話帳・近所・ご家族が通院・ご紹介・インターネット・駅の看板・その他)