

診療申込書

平成 年 月 日

ふりがな
患者氏名

生年月日 平成 昭和 大正 年 月 日 歳

住所 〒

電話番号 自宅 携帯

本日はどのようなことで受診されましたか。

患者さんの体質の合わせた治療のため、下記の質問にお答えください。

過去にかかったことがある、または治療中の疾患に丸を付けてください。

喘息 糖尿病 高血圧 脂質異常症 緑内障 前立腺肥大
心筋梗塞 脳出血 脳梗塞 不整脈 けいれん ウイルス性肝炎
腎機能障害 心不全 膠原病 癌(部位)
けが(部位) その他()

過去にお薬による副作用はありましたか。

無 有 (薬剤名と症状)

アレルギーはありますか。

無 有 (内容)

服用中の薬はありますか。(お薬手帳をみせて頂いても結構です。)

無 有 (内容)

手術を受けたことがありますか。

無 有 (内容)

女性の方のみ：最終生理 年 月 日

妊娠している していない 可能性がある