

診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな

患者氏名 _____

生年月日 令和 平成 昭和 大正 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

※18歳未満の方／保護者氏名 _____（続柄： _____）
／保護者の連絡先番号 _____

◆今の体温 _____℃

◆本日はどのような事で受診されますか。※必ずご記入ください
()

◆患者さんの体質に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○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 _____）

- ・服用中のお薬はありますか。（お薬手帳を見せていただいても結構です。）

無 有 （内容 _____）

- ・手術を受けたことがありますか。

無 有 （内容 _____）

- ・最近、海外に行かれたか。

無 有 （渡航場所： _____ 月 日から _____ 月 日まで）

- ・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）