

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 歳

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、海外に行かれましたか。

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)