

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 \_\_\_\_\_

同居家族 あり ( \_\_\_\_\_ ) ・なし (独居) \_\_\_\_\_

◆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)