

診 察 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな		性 別	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成	年 齢
氏 名		男・女		年 月 日	才
〒□□□□-□□□□ 郵便番号をご記入ください。					
現住所					
電話番号	() -	連絡先電話番号	() -		

*** 次の事項について記入し、お名前が呼ばれるまでお待ちください。**

1. 今日は、どこが悪くて来られましたか。

発熱 頭痛 下痢 腹痛 咳 のど痛 はきけ どうき 胸痛 捻挫
首 肩 肘 腰 膝 足 の痛み
健康診断で異常と診断された
その他

* その症状はいつ頃からですか。 前から

2. 今までに、次のような病気にかかったことがありますか。

高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳卒中 膠原病
胃・十二指腸潰瘍 アトピー アレルギー性鼻炎 血液病 痛風 リウマチ 痔
その他の病気 いいえ

3. 薬や注射、麻酔などで、異常が起こったことがありますか。

はい〔薬品名 〕 ・ いいえ

4. じんましんが出たり、けいれんを起こしたことがありますか。 はい ・ いいえ

5. 今までに入院したことがありますか。 はい ・ いいえ

6. 今までに手術を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ

「はい」と答えられた方へ・・・どんな手術ですか。

7. 現在、他の病気で医療機関にかかられていますか。 はい ・ いいえ

..... 病院・医院

8. 《女性の場合》 現在、妊娠していますか。 はい (ヶ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

現在、授乳中ですか。 はい ・ いいえ

9. あなたのお仕事は何ですか。 職種 :

10. 紹介者がおられましたら、ご記入ください。 紹介者 :