

診 察 申 込 書

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ ・ _____ (_____ 歳)

〒(_____ - _____) 住所は、住民票の記載通り(保険証の記載通り)にご記入ください。

自宅の住所 _____

自宅の電話番号 _____

職業 _____

1. 症状を詳しくご記入下さい。

- ・いつ頃から
- ・身体のどこに
- ・どんな症状ですか

2. 現在、通院治療中の病気はありますか。

病名は _____

・ない ・ある 通院中の病医院は _____

のみ薬は なし・あり(_____)

3. 今までに次の病気をしたり、入院・手術をしたことがある。

・ない ・ある 糖尿病・腎炎・高血圧・心臓病・結核・ぜんそく・肝臓病
十二指腸潰瘍・前立腺肥大・その他(_____)

4. 今まで薬や注射でアレルギー(蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったり)が出たことがありますか。

・ない ・ある(_____)

5. タバコは吸いますか。

・いいえ ・はい(1日 _____ 本、 _____ 歳から)

6. アルコールは飲みますか。

・いいえ ・はい(1日に酒 _____ 合、焼酎 _____ 杯、ビール _____ 本、ウイスキー _____ 杯)

7. 女性の方へ：現在妊娠はされていますか ・いいえ ・はい

最後の整理はいつですか(_____ 月 _____ 日)

8. 当院は、どちらでお知りになりましたか(ご紹介がおありでしたら、ご記入下さい。)