

# 診 察 申 込 書

ふりがな		男	生年月日 明・大・昭・平	年 齢
氏 名		女	年 月 日	才
住 所	〒 -			
電話番号	( ) -			

子供さんの場合 体重 \_\_\_\_\_ kg

- 1、 本日はどうないさいましたか？ 具体的にご記入を御願い致します。  
 いつから始まりましたか？ 日 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ カ月前から  
 熱がある \_\_\_\_\_℃ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 喉が痛い・  
 鼻水が出る  
 頭が痛い
- 2、 現在、上記の症状で他の医院(病院)へ受診されていますか？  
 いいえ ・ はい…院名: \_\_\_\_\_
- 3、 また、他に現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？  
 ない ・ ある  
 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病(肝炎)・腎臓病・胃潰瘍・喘息・アトピー性皮膚炎  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 4、 現在服用中の薬はありますか？ おわかりになれば薬の名前をご記入して下さい  
 ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )
- 5、 今まで薬や注射または食べ物などで体に異常をおこした事がありますか？  
 ない ・ ある…薬の名前: \_\_\_\_\_
- 6、 ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症などアレルギー体質ですか？  
 いいえ ・ はい…病名: \_\_\_\_\_
- 7、 今までに大きな病気・手術をうけたことがありますか？  
 ない ・ ある…病名: \_\_\_\_\_
- 8、 <女性の方に伺います>  
 妊娠の可能性はありますか？  
 いいえ ・ はい (妊娠 \_\_\_\_\_カ月) 授乳中
- 9、 その他、当院へご要望・ご意見があればお書き下さい。  
 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。