診　療　申　込　書

年　　月　　日

ふりがな お　名　前	男・女
生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　才）	
住　　所　〒	
電　　話　　自宅　　－　　－	携　帯　　－　　－
会社名	電　話　　－　　－
緊急連絡先	電　話　　－　　－
同伴者が御記入の場合その氏名	続　柄

本日来院された理由

・どの様な症状ですか？　（　　）

・いつからですか？　（　　）

・健康診断希望・検査希望（就職の為・職場の健康診断・体調不良・その他　）

・当院への転院希望　（紹介状　有・無）

患者さんの体質に合った治療をするため下欄を○で囲んで下さい。

・薬による副作用　ある・ない

└→（薬品名　　症状　　）

・じんましん　ある・ない

└→（発症はいつ頃？　　現在は？　　）

・ぜんそく　ある・ない

└→（発症はいつ頃？　　現在は？　　）

・以下の病気を指摘されたことはありますか？

ある・ない

└→（心臓病　腎臓病　肝臓病　胃腸病　糖尿病）

・入院したことが　ある・ない

└→（入院の理由　　）

・現在妊娠の可能性　ある（　　週）・ない

・た　ば　こ　吸う（1日　　本）・吸わない

当院へは何を見て来院されましたか？

（電話帳　近所　家族が通院　ご紹介　インターネット　その他）