

No. \_\_\_\_\_

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 《 診察申込み・問診表 》

(〒 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ 明・大  
電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月 性別 男・女

1. 本日受診することになった主な症状は？

いつ頃から \_\_\_\_\_ どのような症状が \_\_\_\_\_ 紹介状 あり・なし

2. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ・はい → \_\_\_\_\_

3. 現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ・はい → \_\_\_\_\_ お薬手帳があれば提出願います

4. 今までにおおきな病気、けが、手術をされたことがありますか？

いいえ・はい → \_\_\_\_\_

5. 薬や食べ物でアレルギー症状（じんましん・気分が悪い）が出たことは？

なし・あり → \_\_\_\_\_

6. お酒、タバコは1日どれくらいですか？

酒 \_\_\_\_\_ 合、ビール \_\_\_\_\_ 本、その他 \_\_\_\_\_ 、タバコ 1日 \_\_\_\_\_ 本

7. 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

8. 女性の方にお尋ねします、現在妊娠は？

していない・している → \_\_\_\_\_ ヶ月 ・ 授乳中