診 察 申 込 書

ID:　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日（　歳）
氏　名			
住　所	〒 TEL（　　－　　－　　）		

①今日はどのようなことで来られましたか？

☐ かぜ　☐ 頭痛　☐ 皮膚病・けが　☐ 腰痛・関節痛　☐ 健診で要再検査
☐ 腹痛　☐ 糖尿病　☐ ストレス　☐ 甲状腺・乳腺　☐ 健康診断希望
☐ 心臓　☐ 血圧　☐ 目　☐ 手足のむくみ・こわばり　☐ その他
（　　）

体温
（　　℃）
体重
（　　kg）
身長
（　　cm）

②どのような症状がいつからありましたか？

症状　（　　）
いつから　（　　）
どんな風に　（　　）
どのぐらい続いていますか？　（　　）

③ご希望（※希望は参考とさせていただき、医師が総合判断致します。）

☐ 詳しい検査をして欲しい
☐ 薬を出して欲しい → 飲めない薬 ☐ ない ・ ☐ ある
↓※あると答えた方
（ ☐ カプセル ・ ☐ 錠剤 ・ ☐ 粉薬 ・ ☐ 水薬 ）

④今までにかかった病気はありますか？

☐ ない ☐ ある → ☐ 高血圧 ☐ 喘息 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病
☐ 前立腺の病気 ☐ 甲状腺の病気 ☐ 感染症
☐ 緑内障 ☐ その他（　　）

⑤現在通院中の病院名（　　）

⑥現在内服中の薬（　　）

⑦輸血をしたことがありますか？ ☐ ない ☐ ある → （　　歳の頃）

⑧薬剤ｱﾚﾙｷﾞｰはありますか？ ☐ ない ☐ ある
↓※あると答えた方
〔 ☐ ピリン ・ ☐ 抗生物質 ・ ☐ その他（　　）〕

⑨家族の中で病気の方はみえますか？ ☐ いない ☐ いる（　　）

⑩飲酒・喫煙（1日） ☐ 飲まない ・ ☐ お酒（　　合） ☐ ﾋﾞｰﾙ（　　本）
☐ タバコ（　　本/日）

⑪女性の方にお聞きします

☐ 現在妊娠中 ☐ 妊娠している可能性がある ☐ 妊娠していない
前回生理日：　　月　　日　　閉経：　　歳

⑫最近、海外へ行かれましたか？ ☐ いいえ ☐ はい → 国名（　　）

上記個人情報は、医療の提供の範囲内で利用させて頂きます

田中ハートクリニック