

診察申込書

フリガナ	性別	生	1.明	2.大	3.昭	4.平
氏名	1 男 2 女	年月日	年	月	日	才
住所	〒□□□-□□□□		電話： ()			
勤務先	電話： ()					

診察の参考にしますので、次の質問にお答えください。

(該当する番号に○印をつけてください。不明の場合には記入しないで下さい。)

今日は、どこが具合わるくて、来院されましたか。(簡単で結構です。)

1. いつごろから…………… 月 日頃より

2. どこが(身体の部位) _____

3. どのように(発熱・痛み等) _____

4. その他…………… _____

1. こちらに来られるまで他の医院にかかっておられましたか?

1. はい [医院] 2. いいえ

2. 注射や薬で、これまでにアレルギー反応(発疹、気分が悪くなる、等)をおこしたことがありますか?

1. ない 2. ある その薬の名前 []

3. 次の病気にかかったことがありますか?

ぜん息、高血圧、心臓病、糖尿病、肝臓病、腎臓病、[その他:]

4. 今までに手術を受けたことがありますか?

1. ない 2. ある (才の時) [病名:]

5. 現在妊娠中ですか?(女性のみ)

1. はい 2. いいえ 3. わからない

6. これから受ける診療について、ご希望がありましたら自由に書いてください。

● ご協力ありがとうございました、受付までお渡し下さい。