

診療申込書

申込日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-------|--------|----|---|--------|-----------|
| 氏名 | フリガナ | 姓 | 名 | 生年月日 | M・T・S・H・R |
| | | | | | 年 月 日 |
| 住所 | (〒 -) | | | 紹介状の有無 | |
| | | | | 有 ・ 無 | |
| 自宅 | () | | | 身長 | cm |
| 携帯電話 | () | | | 体重 | kg |
| 緊急連絡先 | () | 続柄 | | ご職業 | |

1、本日はどうなさいましたか？

それは、いつからですか？

2、今回の症状で今まで他院で診療を受けましたか？

受けていない ・ 受けた ⇨(医療機関名：)

3、現在治療中、または過去にかかった病気について教えてください。(例：糖尿病 2010年から治療中)

4、現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳があればご提出ください。

5、今までに手術を受けたことはありますか？(例：狭心症 2010年にステント留置術)

ある ⇨手術名(または部位)

6、薬や食べ物でアレルギーの経験はございますか？ ⇨ なし ・ ある

※ある場合、具体的にご記入ください ⇨()

8、喫煙 なし ・ ある ⇨(本/日 年) 過去に吸っていた⇨(年前まで 年間)

お酒 飲まない ・ 飲む ⇨(種類： 、頻度：毎日 ・ ときどき)

9、最後に健康診断を受けたのはいつですか？

⇨ 受けた事がない ・ 受けた ⇨(いつ頃ですか？)

10、妊娠の可能性はありますか？(ある ・ ない)(最終月経 ⇨ 月 日頃)

ご記入ありがとうございました。

