

診 察 申 込 書

年 月 日

フリガナ			性別
お名前			男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)		
フリガナ			
ご住所	(〒 -)		
電話番号	() -	※ 普段連絡がつく番号をお書きください。 (どちらかでも可)	
携帯・スマホ	() -		
紹介していただいた医療機関・福祉施設等 (紹介来院の場合)		病院・医院 診療所・クリニック 整骨院	
_____ 県 府 市 区 _____			

- 今日はどんな症状で来られましたか。
 かぜ・腹痛・下痢・痔・痛み (頭・首・肩・胸・腰・膝・足・手) → (痛い所に○をつけて下さい)
 発熱・動悸・息切れ・外傷 (けが)・しびれ・じんましん
 その他 ()
 その症状はいつからですか。
 ()
- 今までに次の病気にかかった事がありますか。【はい・いいえ】
 はいの方は病名に○をして下さい。
 喘息・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・血液の病気
 皮膚の病気・結核・がん・その他 ()
- 現在通院中の病院・診療所があれば記入をお願いします。
 (_____ 病院・診療所)
- 薬や注射で副作用が出たことがありますか。【はい・いいえ】
 はいの方へ 原因は何ですか。()
 どのような症状がでましたか。()
- アレルギー体質といわれたことがありますか。【はい・いいえ】
 はいの方へ どんなアレルギーですか。
 花粉症・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー (原因: _____)
 その他 (_____)
- 最近、3ヶ月以内に旅行をしましたか。【はい (国内・海外)・いいえ】
 はいの方へ いつごろですか。(_____ 月頃)
 行き先はどこですか。(_____)
- 女性の方へ 妊娠の可能性ありますか。【はい・いいえ】
 1ヶ月以内に経口避妊薬/月経困難治療剤を服用されましたか。【はい ⇒最終服用日 (/)・いいえ】
- 診療・検査・処置・投薬の上で特に希望があれば記入してください。
 (_____)

