

診療申込書

20 年 月 日

フリガナ				
お名前				男・女
生年月日	大・昭・平・令・西暦		年	月 日 (歳)
住所	〒		都 道 区 町	
	-		府 県	市 村
連絡先	携帯電話	()	固定電話	()
職業(職種)				

【主訴・現病歴】 今日はどうされましたか？ また、それはいつからですか？

・症状：

・いつから：

【既往歴】 これまでにかかったことのある病気、または現在治療中のご病気を教えてください

・

・また特に以下に該当するものがあれば ○ をしてください。

心臓病 アナフィラキシー 高血圧 気管支喘息 糖尿病 甲状腺機能異常症 緑内障 前立腺肥大症

【薬歴】 現在内服中のお薬(市販薬・漢方薬含む)やサプリメント、注射等を教えてください。

・

【喫煙歴】 タバコを吸っている、または吸っていたことはありますか？

1. ない 2. ある (歳 ~ 歳、1日平均 本 程度)

【副作用歴】 内服薬や注射などで、発疹・呼吸困難その他、不快な症状をきたしたことはありますか？

1. ない 2. ある → 薬名・症状

【妊娠・授乳】 (女性の方のみ) 現在ご妊娠の可能性はありますか？ または授乳中ですか？

1. ない(最終月経 月 日ごろ) 2. 妊娠中(現在 妊娠 週目) 3. 授乳中

ご家族の方で、当院にかかられたことがある方はおられますか？

1. いない 2. いる(お名前:)

領収証と併せて、診療報酬明細書の発行をご希望されますか？

1. 希望する 2. 希望しない

その他、ご相談したいことなどがございましたらいくつでもお書きください。

