

診 察 申 込 書

年 月 日

ふりがな			年 月 日
氏 名	様		男・女 才
生年月日	西暦(年) 昭和・平成・令和 年 月 日		
現 住 所	〒		
自宅番号		携帯番号	

本日はどうされましたか。
 (いつから：) (症状：)

下記の質問についてお答えください。(該当する場合○で囲んでください。)

1. 現在までに次の病気にかかったことがある人は、次の病名番号を○で囲んでください。
 ①喘 息 ②心臓病 ③高血圧 ④腎臓病 ⑤肝臓病 ⑥糖尿病 ⑦血液病
 ⑧その他()
 ⑨何もありません。

2. 手術や大きなケガ・重い病気をしたことがありますか。
 は い ・ いいえ 病名がわかれば記入してください。()

3. 注射や薬で異常が起ったことがありますか。薬の名前(アスピリン・ピリン系剤・サルファ剤・ペニシリンなど)
 は い ・ いいえ わかれば記入してください。薬名()

4. ぬり薬でかぶれたりしたことがありますか。
 は い ・ いいえ ・ 不 明 あれば記入してください。薬名()

5. 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか。
 は い(予防注射名：) ・ いいえ

6. アレルギー体質といわれたことがありますか。
 は い(アレルギー) ・ いいえ

7. 現在服用中の薬がありますか。お薬手帳のご提示をお願いします。
 は い ・ いいえ ・ 不 詳 あれば記入してください。薬名()

8. <女性の方へ> 現在妊娠中または授乳中ですか。
 は い(妊娠 ケ月・授乳中) ・ いいえ ・ 不 詳

体 重(kg)