

# 診療申込書

2020年 月 日

ふりがな			
お名前			
ご住所	〒 _____ 都・道 市・区 府・県 町・村  お電話番号 ( )		
携帯電話			
生年月日	大 昭 平 令  年 月 日	性別	男 女
勤務先・学校名	名称		
どこで当院を 知りましたか？	<input type="checkbox"/> 知人・ご家族からの紹介（ご紹介者名） <input type="checkbox"/> インターネットを見て（HP・その他） <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> その他（）		

ご記入いただきました個人情報に関しましては、治療の目的以外には使用いたしません

**※裏面のご記入もお願いいたします**

健康状態・生活習慣についてお尋ねします。  
お手数ですが以下の質問にご協力をお願いいたします。

《本日の症状（いつ頃からどのような症状がありますか）》	
※いつから：	
※症状：	
《今まで病気をしたことありますか》	□はい □いいえ
□心臓病（ペースメーカー □有 □無） □糖尿病 □肝臓病 □高血圧 □喘息 その他（ ）	
《かかりつけの病院はありますか》	□はい □いいえ
病院名（ ） 治療中の病名（ ）	
《現在、服用（常用）しているお薬やサプリメントはありますか》	
□はい（薬名： ）	□いいえ
《お薬のアレルギーはありますか》 □はい（薬名： ）	□いいえ
《アレルギーや花粉症はありますか》	□いいえ
□花粉症 □アレルギー（種類： ）	
《煙草を吸いますか》 □はい（ ）本／1日 □いいえ □以前は吸っていた（ ）歳まで	
～女性の方へ～	
《現在、妊娠の可能性はありますか》	□はい □いいえ □妊娠中（ ）週目
《授乳中ですか》	□はい □いいえ
～お子さまへ～	
体重 kg	発疹はありますか □はい □いいえ

以上で終了です。ご協力ありがとうございます。

**※お薬手帳もお持ちの方は受付に提出ください。**

具合の悪い患者さまや診察状況により、順番が前後する場合がございます。  
ご了承ください。