

# 診療申込書

年 月 日

ふりがな			
お名前			
ご住所	〒 _____ ※発熱外来を受診の方はマンション名の記入もお願いします (新型コロナ陽性の時、薬の配達・配送が必要な場合の誤配防止のためです)  都・道 市・区 府・県 町・村  電話番号 ( )		
携帯電話			
生年月日	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"/> その他 ( )		

ご記入いただきました個人情報に関しては、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（〇月〇日）から、どのような症状がありますか》

※いつから： 月 日から

※どういう症状でしょうか：

《持病や、過去にかかった病気はありますか》 はい いいえ

心臓病（<sup>+</sup>スーマー 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（ ）

《服用しているお薬やサプリメントはありますか》 ※お薬手帳をご持参の方は提出ください

はい(薬名： ) いいえ

《体にあわない、アレルギーのでる薬はありますか》

はい(薬名： ) いいえ

《花粉症や、または、アレルギーがでる物質がありますか》

花粉症 アレルギー（種類： ） いいえ

《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

～コロナワクチン接種について～ 未接種

接種済 1回目： 年 月 日(ファイザー モデルナ)

2回目： 年 月 日(ファイザー モデルナ)

3回目： 年 月 日(ファイザー モデルナ)

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

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もございます。  
ご了承ください。