

# 診 察 申 込 書

ID

ふりがな		生	大正	年 月 日生 ( 才 )
氏名	男・女	年月日	昭和 平成 令和	
住所	〒 -	電話	自宅	
			携帯	

※つながる番号を記入して下さい。

<当日体温 °C>

## 1. 本日はどうなさいましたか？

<症状>

- 他院からの紹介（紹介状 あり・なし）  
 健康診断  
 検査（健診再検査）（CT、X-P、心電図、ABI etc）  
 その他（ )

## 2. 他に現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？

- ない ある →  高血圧  高脂血症  糖尿病  
 その他（ )  
手術を受けたことがありますか？ 病名 \_\_\_\_\_

## 3. 現在服用中のお薬はありますか？ おくすり手帳を持参して下さい

- ない ある → 薬の名前（ )  
かかりつけの病院（ )

当院はすべて院外処方です。

## 4. 今まで薬や注射、食べ物などで体に異常を起こしたことがありますか？

- ない ある → 原因になったもの（ )

## 5. ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症など、アレルギー体質ですか？

- いいえ はい → 病名 \_\_\_\_\_

## 6. たばこ・酒・ビールは1日どのくらい飲みますか？

- 飲まない たばこ 1日 \_\_\_\_\_ 本 アルコール類 1日 \_\_\_\_\_ 本

## 7. <女性のみ> 妊娠の可能性はありますか？

- いいえ はい → 妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 ・ 授乳中

子供さんの場合

体重 kg