

診療申込書

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			明・大・昭・平 年 月 日生(歳)
住所	〒 -		
電話番号	()		
勤務先名			
勤務先住所	〒 -		
電話番号	()		

1. いつからですか？

(

2. どうなさいましたか？

(

体温 °C)

3. お怪我の場合、次の事項に該当しますか？ ○をつけてください

労災 交通事故

4. 治療はしていましたか？

していない

ある → 市販薬等自分で 他院で

5. 既往歴

ない

ある → ()

6. 現在内服中の薬はありますか？

ない

ある → 高血圧 高脂血症 糖尿病 喘息 鎮痛薬 不眠 その他()

7. アレルギーはありますか？

ない

ある → 花粉症 アトピー 食べ物 ()

(薬) ペニシリン ピリン サルチルサン 風邪薬 ()

8. 現在妊娠中ですか？(女性の方)

いいえ はい (月)

9. 現在授乳中ですか？(女性の方)

いいえ はい

10. ここ1か月以内に海外へ渡航されましたか？

いいえ はい (国名)