

診 療 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな				男 女
氏 名				
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生	(才)	
住 所 電 話	TEL ()			
世帯主名		続 柄		
勤務先	TEL ()			

次の質問にお答え下さい。(わかる範囲で構いません)

- 薬や注射で発疹や副作用の出たことがありますか？
 ない・ある (薬の名前)
- 以下のようなアレルギー疾患はありますか？
 ない・ある (喘息・じん麻疹・花粉症)
- 現在治療中の病気がありますか？
 ない・ある (病名)
- 女性の方へ 現在、妊娠していますか？ はい・いいえ
 授乳中の子供はいますか？ はい・いいえ

本日はどのような理由で来院されましたか？

①自覚症状あり (当てはまるものに○)

- 1) 発熱・喉の痛み・咳・痰・鼻水
- 2) 腹痛・はき気・おう吐・下痢・便秘
- 3) めまい・ふらつき・頭痛・手足のしびれ
- 4) 胸痛・動悸・息切れ・手足のむくみ
- 5) その他 ()

②健康診断やその他の検査で異常あり (当てはまるものに○)

血圧・心電図・胸部レントゲン・尿検査・便検査
 貧血・血糖・コレステロール・中性脂肪・尿酸
 肝機能・腎機能・その他 ()

※肝機能異常のある方は以下も記入してください。

、
 肝炎ウイルス検査 (B型・C型肝炎など) なし・あり・不明
 飲酒 なし・あり (ほぼ毎日・週2~3日・週1回以下)
 健康食品 なし・あり (内容)
 20歳時の体重 () kg → 現在の体重 () kg

③健康診断

一般健診 (必要な項目：胸部レントゲン・心電図・血液検査)
 特定健診 (国保・社保・後期高齢者)

④その他 ()

※他院からの紹介状、お薬手帳、健康診断の結果などお持ちの方は、
 受付時にお出してください。