

No.

## 診療申込書

年 月 日

|      |            |    |               |
|------|------------|----|---------------|
| ふりがな |            |    |               |
| 氏名   | 男 ・ 女      |    |               |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令  | 年  | 月 日 生 才       |
| 住所   | 〒          |    |               |
| 電話   | 自宅…<br>携帯… | 職業 | ( 保育園 ・ 幼稚園 ) |

以下の質問について、あてはまるものに○を付け、( ) 内に回答をご記入下さい。

1. いつ頃から、どのような症状がありますか。

例：「●月●日から鼻水と咳」 「●月●日から右耳が痛い」 等

( )

## 2. 薬・注射・食べ物等で、発疹(じんま疹)が出た、気分が悪くなった、ショックを起こしたこと等がありますか。

ある ・ なし ・ わからない

↳ どのような薬・食べ物ですか ( )

## 3. かかったことのある病気に○をしてください。

なし ・ じんま疹・ぜんそく(小児・成人)・心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病・高血圧・高脂血症  
精神疾患・結核・てんかん・その他 ( )

## 4. 現在、飲んでいる薬はありますか。

お薬手帳持参 ・ ある(薬名 ) ・ なし

## 5. 手術をしたことがありますか。

ある(鼻・喉・耳・その他 ) ・ なし

## 6. &lt;女性のみ&gt;現在妊娠または授乳をしていますか。

はい(妊娠 週) ・ いいえ ・ 不明 ・ 授乳中

## 7. &lt;お子様のみ&gt;体重は何kgですか。 ( kg)

## 8. 本日の体温は何℃でしたか。 ( °C)

## 9. その他

◆飲酒：無・有(毎日・週に 日 \_\_\_\_\_ ※例：「週に2日 ビール350ml」など)

◆喫煙：無・有(1日 \_\_\_本)

◆アレルギー検査：未・実施済(いつ \_\_\_\_\_ 何が出たか \_\_\_\_\_)

◆運転：無・有

## 10. 当院を何で知りましたか。

家族・知人・看板・インターネット・ホームページ・広報紙・情報センター・

その他 ( )