

# 診察申込書

年 月 日

ふりがな		年齢	職業
氏名	男 女	才	
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	電話 番号
現住所	〒	体温	℃

1. 本日はどうされましたか？  
いつから、どのような症状があったのか 詳しくお書きください。
  
2. 検査、治療など希望することがあれば お書きください。
  
3. 過去に かかれた病気がありましたら ○を付けてください。  
 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 結核 脳卒中  
 花粉症 じんましん その他 ( )
  
4. 家族や親戚の方で 大きな病気にかかれた方はおられますか？  
 高血圧 糖尿病 癌 心臓病 脳卒中 その他 ( )
  
5. これまでに、薬や食べ物で、発疹、下痢、気分が悪くなられたことがありますか？  
 かぜ薬 抗生物質 食品 ( ) その他 ( )
  
6. 食欲 (良・普通・不良) 睡眠 (良・普通・不良) 便通     回 /     日 喫煙     本 / 1日  
 飲酒 毎日 (種類      量      / 1日) 時々 飲まない
  
7. 女性の方へ  
 現在妊娠中、授乳中ではありませんか？ 妊娠の可能性はありませんか？ (有      無)  
 月経 (整・不整・閉経) 最終月経 月 日から 日間