診　療　申　込　書

申込年月日　　年　　月　　日

フリガナ		生　年　月　日	年齢	性別
患者氏名		明・大・昭・平 年　月　日		男・女
患者住所	〒　　市 県都道府　　郡	TEL　　（　　）		
連 絡 先	フリガナ 氏　名	住 所　TEL　　（　　）		

問　　診　　票

1 どこを診てもらいますか。

_____

2 次の病気にかかったことがありますか。

①喘息　②じんましんなどのアレルギー疾患
③心臓病　④高血圧　⑤腎臓病　⑥肝臓病
⑦糖尿病　⑧異常体質　⑨脳卒中

- は　い（病名がわかれば記入して下さい）_____
- いいえ
- わかりません

3 大きな手術をしたことがありますか。

- は　い（病名がわかれば記入して下さい）_____
- いいえ
- わかりません

4 注射・飲み薬・ぬり薬・点眼薬・その他の薬で局所や全身が赤く腫れたり、発疹ができたり、気分が悪くなったり、ショックを起こしたりすることがありますか。

- は　い
- いいえ
- わかりません

5 アレルギー体質と言われたことがありますか。

- は　い　薬の名前（アスピリン・ピリン系剤・サルファ剤・ペニシリン等）がわかれば記入して下さい。
- いいえ　　薬　名 _____
- わかりません

6 妊娠していますか、また最近流産をしたことがありますか。

- 妊娠している　・いいえ　・わかりません
- 流産をした　・いいえ