

診察申込書

令和 年 月 日

※紹介状・検査データ・お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください

ふりがな		性別	身長	体重			
お名前	様	男・女	cm	kg			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳	職業	
住所	〒 - -						
電話番号	自宅	-	-	携帯電話	-	-	

※携帯電話お持ちの方は必ずご記入お願いいたします

1.どのような症状でご来院されましたか？（いつ頃から？ どこが？ どのように？）

()

2.本日はどのような診察をご希望ですか？

①薬希望 ②血液・尿検査 ③レントゲン ④検査予約（胃カメラ・大腸カメラ・超音波）

3.現在治療中の病気又は以前かかった病気はありますか？ ①なし ・ ②あり

①高血圧症 ②脂質異常症（中性脂肪が高い・高コレステロール） ③糖尿病 ④脳卒中
⑤心臓病 ⑥肝臓病 ⑦腎臓病 ⑧胃・腸の病気 ⑨気管支喘息 ⑩緑内障 ⑪前立腺肥大
⑫ガン（ ） ⑬その他（ ）

4.いつも服用しているお薬はありますか？

①ない ②ある⇒（薬の名前： ）

5.内服薬や点滴・注射などで薬で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？

①ない
②ある⇒その薬の名前をお書きください（ ）
⇒わからない場合は何の病気にかかった時か、わかる範囲でお書きください
（ ）

6.今までに入院・手術をしたことがありますか？

①ない ②ある⇒どのような病気ですか？（ ）
⇒何歳頃ですか？（ ）

7.タバコを吸いますか？

①いいえ ②はい⇒（1日 本 喫煙歴 年）

8.お酒を飲みますか？

①いいえ ②はい

9.女性の方にお聞きします

現在、妊娠していますか？

①いいえ ②はい⇒（妊娠 週） ③授乳中

10.マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？

① しない ② する ③ 持っていない

※当院をどのように知りましたか？

知人・看板・インターネット・他院からの紹介・その他（ ）