

診療申込書

No. _____ 初・再

OS・1

受付日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		自宅 電話番号	
名前		連絡先 (日中)	自宅・携帯・勤務先 TEL
自宅 住所	〒 _____	勤務先	
生年月日	大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性別	男 ・ 女

1. どうなさいましたか？(いつ頃から) _____ 体温 _____ ℃

・そのために、診察を受けましたか？

① 受けない

② 受けた 病院名 _____ 診断名 _____

処方薬名 _____

2. 今まで、何か大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか？

①ない ②ある 診断名 _____

3. 下記の病気にかかったあるいは健診等で指摘されたことはありますか？

- なし 高血圧 心臓病 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 喘息
甲状腺疾患 高尿酸血症 貧血
その他(_____)

4. 今まで、薬・食品などで発疹等アレルギー症状を起こしたことがありますか？

① ない ② ある 薬品名 _____ 食品名 _____

5. 日常生活について

[1] 飲酒を しない ・ する (_____ 杯/日 種類: _____)

[2] 喫煙を しない ・ する (_____ 本/日) (禁煙 _____ 歳から)

6. 家族歴について

血縁関係者に、高血圧・糖尿病・心筋梗塞・ガンなどの方がいらっしゃいますか？

①いいえ ②はい (ご関係: _____ 病名: _____)

7. お仕事の内容をお書きください

※女性の方へ※

妊娠されていますか？ ① いいえ ② はい (妊娠 _____ 週) ・授乳中