

診 察 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ		性 別
氏 名		男 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	() 歳
住 所	〒 - TEL () () ()	

受診希望に○をしてください。 ※必ずご記入ください

1. いつからどのような症状ですか？

〔 いつから：
症 状： 〕

2. 上の他に次のような症状はありますか？あれば○で囲んでください。

- ① 頭痛、発熱、咽頭痛、鼻水、せき、たん、発疹、むくみ
 - ② 腹痛、はきけ、おうと、下痢、便秘、食欲がない、やせる、口がかわく
 - ③ 動悸、息切れ、胸痛、腰痛、しびれ、耳鳴り、めまい、眠れない
- その他

3. アレルギーはありますか？

はい→ 〔
いいえ 〕

4 以前に病気にかかったことはありますか？

はい→ 〔
いいえ 〕

5. 現在服用中の薬はありますか？ 薬剤情報 (あり なし)

ある→ 〔
ない 〕

6. 子どもの場合 (6年生以下)

体重は何 kg ですか？ () kg

7. 女性の方へ、現在妊娠または可能性はありますか？

ある→ () 月 わからない
ない