

# 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
氏名		西暦 年 月 日		男女
住所	〒 ー 都道 府県	自宅TEL ( ) 携帯TEL ( )		
連絡先	フリガナ	住所		
	氏名	TEL ( )		

## 問診票

1. 受診を希望される科に○を付けてください → 脳外科 ・ 整形外科 ・ 内科

2. どのような症状ですか？具体的にお知らせください。

いつから \_\_\_\_\_

どこが \_\_\_\_\_

どのように \_\_\_\_\_

3. 次の病気にかかったことがありますか

①高血圧 ②脂質異常 ③糖尿病 ④脳卒中 ⑤心臓病 ⑥腎臓病 ⑦肝臓病

4. 現在飲んでいる薬はありますか（はい・いいえ）

「はい」の方はお薬手帳を受付にご提示ください。もしくは具体的にお書きください。

5. 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 \_\_\_\_\_

6. 注射、薬でアレルギーをおこしたことがありますか。  
また、アレルギー体質といわれたことがありますか。

・はい （薬品名がわかれば記入して下さい）

・いいえ \_\_\_\_\_

7. 【女性の方に】 妊娠していますか

・はい （妊娠第 週） ・いいえ