

診 療 申 込 書

申込年月日 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	年 齡	性 別
氏 名		西曆 年 月 日		男 女
住 所	〒 ー 都 道 府 県	市 郡 区	自宅TEL () 携帯TEL ()	
連絡先	フリガナ 氏名	住所	TEL ()	

問 診 票

1. 具合の悪いところはどこですか

2. いつ頃からどのような症状ですか

3. 次の病気にかかったことがありますか

①高血圧 ②心臓病 ③糖尿病 ④脳卒中 ⑤喘息 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. 新型コロナウイルスワクチン接種を受けたことがありますか。

1回目済 ・ 2回目済 ・ 未実施

8. 【女性の方に】 妊娠していますか

・はい (妊娠第 週) ・いいえ