

# 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<br>年 月 日 |                        | 男 女 |
| 住 所  | 〒 ー<br>都 道<br>府 県 | 市<br>郡 区    | 自宅TEL ( )<br>携帯TEL ( ) |     |
| 連絡先  | フリガナ<br>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