

# 診察申込書

年 月 日

NO. \_\_\_\_\_

体温 ( \_\_\_\_\_ °C)

郵便番号	〒 _____	
住所	(マンション・アパート)	
電話	( _____ )	
ふりがな		性別
氏名		(男・女)
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
症状	いつから どうされましたか	
今までに入院や手術をしたことがありますか ない・ある ( _____ )		
現在、他の病気にかかっていますか いいえ・はい 糖尿病、高血圧、心臓病、喘息 その他 ( _____ )		
現在、薬を服用していますか いいえ・はい 薬名 ( _____ )		
薬や注射で副作用を起こしたことがありますか ない・ある ピリン、ペニシリン、麻酔薬、造影剤 その他 ( _____ )		
特異体質アレルギーはありますか ない・ある ( _____ )		
(女性の方のみ) 現在、妊娠していますか いいえ・はい ( _____ ヶ月)・わからない		