診療申込書 （保険外用）　　（　　月　　日）

ふりがな		男・女	世帯主氏名		続柄	
御氏名			勤務先	名称		
				住所		
生年月日	M・T・S・H　年　月　日　才			電話	（　）	
郵便番号 ご住所 御連絡先　（　） 携帯電話　（　）　メールアドレス						

＊ アレルギー(飲み薬や注射・食べ物で体に発疹がでたことなど)についてお尋ねします。
　薬　：なし 、 あり （　　）
　食べ物：なし 、 あり （　　）

＊ 過去にご病気、あるいは過去の健診で異常を指摘されましたか？ （ いいえ 、 はい ）
　いつ頃:
　どんな病気:

＊ 現在、治療中の病気・服用中の薬がありますか？ （ いいえ 、 はい ）
　いつから:
　通院中の病院名:
　病名・治療の内容・薬の名前など:

＊ たばこは吸いますか？ （ いいえ 、 はい ） 1日　本 x　年間

＊ お酒は飲みますか？ （ いいえ 、はい ）（ ほぼ毎日、 週2－3日、 付き合い程度 ）

＊ ご家族に、過去もふくめ、ご病気の方はおられますか？
　（ いいえ 、 はい ）（　　）

＊ <u>女性の方のみ</u>
　現在、妊娠している可能性がありますか？　（ はい 、 いいえ ）
　現在授乳中ですか？　（ はい 、 いいえ ）