診療申込書

（　　月　　日）

ふりがな 御氏名		男 ・ 女	世帯主 氏名		続柄	
			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						

＊　本日はいつからどのような症状があり、来院されましたか？

＊　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　（　　）

＊　過去にご病気がありますか？（入院や、手術をした場合など）（　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（市販薬を含む）があれば、お書きください。
　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　）