

診察申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 (才)
携帯番号		自宅電話	
住所	〒 ー		

現在どんな症状がありますか？
いつごろから ()
症状を簡単にお書き下さい。

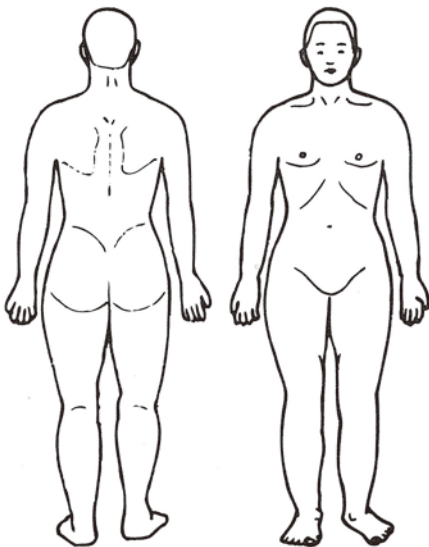
① 今回の症状でどちらかの医院にかかっていましたか？
いいえ・はい(病院名)

② 薬や注射でじんましんやショックなどの異常
反応が出た事がありますか？ (はい・いいえ)
()

③ 便秘はしますか？
はい・いいえ・時々する

④ 現在、治療中の病気はありますか？
ない
ある (○はいくつでも可)
前立腺肥大 緑内障 心臓病
ぜんそく 糖尿病 肝臓病 腎臓病 高血圧
その他 ()

その箇所に○をつけてください



⑤ 漢方薬 (粉薬) を処方していいですか？
はい・いいえ・錠剤カプセルなら可

⑥ 現在、他のお薬を飲んだり、塗っていますか？
いいえ
はい (お薬の名前)

⑦ (小児のみ) 体重 kg

⑧ 妊娠していますか？
いいえ・はい (月)
可能性がある
授乳中である

⑨ どなたかのご紹介でいらっしゃいましたか？
いいえ・はい ()