

申込書

年 月 日

患者番号()

フリガナ	男	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
氏名	女	年齢	(歳)
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	

今日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックをお願いいたします。

- 発熱(度) 頭痛 のどの痛み 咳・たん 鼻水・鼻づまり くしゃみ
めまい ふらつき 動悸 息苦しい 体がだるい 食欲がない
腹痛 下痢 血便 吐き気 嘔吐 皮膚のかゆみ むくみ 関節の痛み
その他()

症状は何日前からですか？

()日前から

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- なし 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 痛風
アトピー性皮膚炎 喘息 脳出血／脳梗塞 癌() 腎疾患
その他()

薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか？

はい いいえ

⇒「はい」と答えられた方は、その症状をお書きください。

現在、他の医療機関でお薬をもらっていますか？

はい いいえ

⇒「はい」と答えられた方は、そのお薬をお書きください。

☆女性の方へ

現在、妊娠されていますか？ いいえ はい()週目

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。

診察申込書にご記入いただきました患者様の個人情報は当院での診察(利用目的)にのみ使用させていただきます。目的以外での使用は一切行いません。