

診療所診療申込書

①～③まで、すべてご記入ください。

① 受診者について	受診日	年 月 日（前回受診日 年 月 日）		
	受診する方の氏名	ふりがな		
		男 ・ 女		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳 か月）		
	住所			
	電話番号	自宅：（ ） ・ 携帯：（ ）		
	体重	15歳以下のみ記入 kg	体温	度 分
お薬手帳	あり ・ なし ・ 自宅にあり [お薬手帳やお薬の説明書をお持ちの方は、受付にお出してください。]			

② 症状	具合の悪いところ	いつからどのような症状があるか、 <u>具体的</u> にお書きください。
	症状	

③ お薬・アレルギー等について	妊娠等の状況について【女性のみ】	現在、 <input type="checkbox"/> 妊娠中である <input type="checkbox"/> 授乳中である 現在、妊娠の可能性が、 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	今までに、次の病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある（下記からお選びください） <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	薬による副作用（発疹・ <sup>じんましん</sup> 蕁麻疹、嘔吐・下痢、呼吸困難等）を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（下記からお選びください） <input type="checkbox"/> かぜ薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 検査用薬 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬の名前が分かればお書きください。
	食べ物によるアレルギー症状を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（下記からお選びください） <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品（牛乳など） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	現在、他の医療機関で処方された薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（診療科をお教えてください） <input type="checkbox"/> 内科（消化器科、循環器科、呼吸器科等を含む） <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 薬の名前が分かればお書きください（病名も分かればお書きください）