

診療所診療申込書

受付	診療	会計	薬局

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・令 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	[お薬手帳やお薬の説明書をお持ちの方は、受付にお出しください。] あり・なし・自宅にあり・電子版（アプリ）／紙・シール			
② 症状	具合の悪いところ 症 状	いつからどのような症状があるか、 <u>具体的にお書きください。</u>		

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・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）	