

診療申込書

記入日 平成 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|---|-----|-------|----------------|----|----|---|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | | | (満 | 歳) | |
| 住所 | 〒 | — | (携帯電話 | — | — |) | |
| | | | (自宅 | — | — |) | |
| 職業 | | 勤務先 | (電話 | — | — |) | |

問診

どなたか紹介者はありますか？
なし ・ あり : 病院 ・ 友人 ・ 家族 (名前:)

当院を受診された事がありますか？
なし ・ あり (いつ頃? 昭和 ・ 平成 年)

1) 本日の受診理由は何でしょうか？
いつから/ どんな時に/ どこに/ どのような症状が/ どれくらい出現する
(例: 1週間前から、走った時に、左胸に、締めつけられる症状が、3分ほど持続する)

・ご自身で心配している具体的な病名があれば、お書きください

2) この症状で、ほかの医療機関に受診されたことはありますか？
なし ・ あり (医療機関名: 、病名:)

3) 過去の病気、もしくは今治療中の病気はありますか？
1. ぜん息 2. じんましんなどのアレルギー疾患 3. 心臓病 4. 不整脈 5. 高血圧
6. 腎臓病 7. 肝臓病 8. 糖尿病 9. 脂質異常症 10. 脳疾患 11. 結核 (ろくまく)
12. その他 ()

4) カテーテル治療や手術を受けたことがありますか？
なし ・ あり (昭和・平成 年、手術名: 、病院:)

5) 薬のアレルギーはありますか？
なし ・ あり (薬剤名:)

6) 妊娠、授乳していますか？
なし ・ 分からない ・ あり (妊娠 ヶ月、授乳中: 完全母乳、ミルクと混合)

7) その他、治療に関して具体的な希望があればお書き下さい

※ 他院でお薬を服用中の方は、薬手帳を受付にお出し下さい。

辰巳内科医院