

# 診療申込書

初診日 年 月 日

No. \_\_\_\_\_

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日( 才 ヶ月)
お名前	男・女		
フリガナ		電話番号	
住所	〒	携帯電話	

①本日はどうなさいましたか？ ※お子様が受診の場合：体重( )kg  
 [いつから] [症状]  
 (体温 °C)

②現在治療中の疾患、また、服用中のお薬はありますか。

いいえ  はい 病名 ( )  
 服用中のお薬 ( )

③既往歴(過去にかかった疾患)はありますか。

いいえ  はい 病名 ( )  
 ※治癒 年 月ごろ

④今まで手術をしたことはありますか。

いいえ  はい いつ頃 ( ) どんな手術 ( )  
 ※輸血をしたことが ある・ない

⑤ご家族の既往歴はありますか。

いいえ  はい どなたが ( 父・母・祖父・祖母・息子・娘 )  
 疾患名 ( 高血圧・糖尿病・心臓病・ガン )

⑥お薬や食べ物にアレルギーはありますか。

いいえ  はい お薬 ( ) 症状 ( )  
 食べ物 ( ) 症状 ( )

⑦女性の方にお伺いします。

・現在、妊娠の可能性はありますか？  
 いいえ  はい 出産予定日( 年 月 日)  
 ・現在授乳中ですか？  
 いいえ  はい

《アンケートのご協力をお願い致します》

どのようにして、当クリニックをお知りになりましたか？

- ① インターネット(ホームページ・検索サイト)      ② クリニック前看板      ③ 家が近い  
 ④ 会社が近い      ⑤ 紹介(他医療機関から・家族から・友人から)  
 ⑥ その他( )