



診療申込書

フリガナ	生年月日	明治 大正 昭和 平成
氏名		年 月 日
住所	TEL	ご自宅
		勤務先

1. どこが具合が悪いですか？ . . . ()
2. 今までに入院したり、手術をした事がありますか？ (ある ・ ない)
「ある」と答えた方 () 年前 病名 ()
() 年前 病名 ()
3. 他の医院や病院にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)
4. 現在、服用しているお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)
わかれば薬の名前 ()
5. 飲み薬や注射で副作用（じん麻疹等）が出た事がありますか？
(はい ・ いいえ) 「はい」の方 症状は？ ()
6. アレルギー性疾患（喘息、じん麻疹）などにかかった事がありますか？
(はい ・ いいえ) 「はい」の方 病名 ()
7. 現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ)