

診療申込書

平成 年 月 日

NO.

ふりがな
氏名

生年月日 明大 昭平 年 月 日 才

住所 〒

電話 ー ー
携帯 ー ー

緊急連絡先

①名前 (続柄) TEL ー ー
①名前 (続柄) TEL ー ー

問診表

★現在服用中のお薬はありますか？ はい・いいえ

〈はいの方のみ〉→飲んでる薬の名前()

★今日はお薬手帳をお持ちですか？ はい・いいえ ※はいの方は受付にお出してください

★当てはまる症状に ○印 をつけてください

頭痛	たん	体温 _____ °C	せき	くしゃみ
鼻水	鼻づまり	(※3週間以上続いている はい・いいえ)	のどの痛み	寒気
腹痛	下痢		便秘	花粉症
胃痛	胸焼け		吐き気	嘔吐
めまい	だるい		動悸	胸痛
かゆみ	じんましん		湿疹	むくみ
腰痛	関節痛		筋肉痛	息苦しい
排尿痛	残尿感	予防接種(前回接種日	(1か月以内) /)
その他()

【女性のみ】現在、妊娠していますか？ はい・いいえ 〈はいの方のみ〉→(月)

★受診のきっかけを教えてください(○をお願いします)

- HPを見て
- 家族・親族の紹介
- 友人・知人の紹介
- 看板広告を見て
- 近所
- その他()