

# 診療申込書（初診）

年 月 日

(フリガナ) 氏名	( )	性別	男・女	年齢	才
		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月
住所	〒				
電話	自宅：	携帯：			

・ 現在調子のわるいところは（いつ頃から）

( )

・ 今までに薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- はい ( )  
いいえ

・ 通院中の病気やけが、もしくは今まで大きな病気や治療を受けた病気はありますか

- 高血圧   心臓病   脳梗塞   脳出血   高脂血症   糖尿病   肝臓病  
腎臓病   喘息   結核   前立腺肥大(男性の場合)   緑内障(眼の圧が高い)  
悪性腫瘍 ( )   慢性呼吸器疾患   リウマチ  
手術歴 ( )  
その他 ( )

・ 現在飲んでいる薬はありますか

- はい 薬の名前 ( )  
いいえ

・ たばこは吸いますか？

- 吸っている      1日      本  
吸わない      以前吸っていた      1日      本      年間

・ 女性の方のみお答えください

- 妊娠中ですか？      はい      いいえ  
 妊娠の可能性はありますか？      はい      いいえ  
 授乳中ですか？      はい      いいえ

・ かかりつけ医（他院）がありましたら記入してください

( )