

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 糖尿病 高脂血症 肝臓病 リウマチ
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)
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

()

