

診療申込書

保険証の種別

国保・健保(本人、家族)・労災・事故・生保・一般・寿・老
平成 年 月 日

住所

ふりがな
氏名

TEL

生年月日 明・大・昭・平 年(西暦 年) 月 日生()歳 男・女

1、今日はどうなさいましたか

いつごろから？

どのような症状がありますか？

2、今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ

はい どちらで

どのような治療を受けましたか？

3、現在常用薬(市販薬も含めて)はありますか(お薬手帳を持っている場合は見せてください。)

4、これまでに、どのような病気にかかったことがありますか？

糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患

高血圧 リウマチ 喘息 脳疾患 アレルギー疾患

結核 がん その他()

5、入院したことがありますか？

なし あり 病名

いつごろ

6、手術を受けたことがありますか？

なし あり 病名

いつごろ

7、薬剤アレルギーがありますか

いいえ はい 薬剤名()

8、輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい

9、たばこを吸っていますか？

いいえ 過去に吸っていたことがある(1日 本 年間)

はい

10、アルコールは飲みますか？

いいえ 過去に飲んでた

はい 種類 量

11、【女性の方へ】現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか？

ない ある

12、健診結果や他院からの紹介状はありますか？

ない ある