診　察　申　込　書

令和　　年　　月　　日

ふりがな		性　別	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年　齢
氏　名		男・女		年　月　日	才
〒□□□−□□□□　郵便番号をご記入ください。					
現住所					
電話番号	（　　）　　−	連絡先電話番号	（　　）　　−		

＊次の事項について記入し、お名前が呼ばれるまでお待ちください。

1．今日は、どこが悪くて来られましたか。

発熱　頭痛　下痢　腹痛　咳　のど痛　はきけ　どうき　胸痛　捻挫
首　肩　肘　腰　膝　足　の痛み
健康診断で異常と診断された
その他 ……
＊その症状はいつ頃からですか。 …… 前から

2．今までに、次のような病気にかかったことがありますか。

高血圧　糖尿病　高脂血症　喘息　心臓病　腎臓病　肝臓病　脳卒中　膠原病
胃・十二指腸潰瘍　アトピー　アレルギー性鼻炎　血液病　痛風　リウマチ　痔
その他の病気 ……　**いいえ**

3．薬や注射、麻酔などで、異常が起こったことがありますか。

はい〔薬品名　　〕・ **いいえ**

4．じんましんが出たり、けいれんを起こしたことがありますか。　**はい　・　いいえ**

5．今までに入院したことがありますか。　**はい　・　いいえ**

6．今までに手術を受けたことがありますか。　**はい　・　いいえ**

「はい」と答えられた方へ・・・どんな手術ですか。 ……

7．現在、他の病気で医療機関にかかられていますか。　**はい　・　いいえ**

…… 病院・医院

8．《女性の場合》　現在、妊娠していますか。　**はい（　　ヶ月）・ 可能性あり ・ いいえ**
現在、授乳中ですか。　**はい　・　いいえ**
最終月経日　**令和　　年　　月　　日**

9．あなたのお仕事は何ですか。　職種：……

10．紹介者がおられましたら、ご記入ください。　紹介者：……

医療法人 敦博会 金剛メディカルクリニック