医科診察申込書(歯科・口腔外科は別の申し込み書になります)

本日はケガですか？　　はい　　いいえ

・そのケガは交通事故ですか？

はい（　月　日　時ごろ）・いいえ

・ケガは、いつおきましたか？

通勤途中　・　仕事中　・　その他

Vo.1

ふりがな			生年月日	
氏名	男 女		明治 大正 昭和 平成	年 月 日 才
住所	〒　市町村			
電話		携帯電話		
家族連絡先 （＊必須） 別世帯可	名前		続柄	
	電話		携帯電話	
勤務先 （患者本人）	名称			
	住所		電話	

① 症状はいつごろからありますか？

・本日（　時～）　・　月　日～　・　ヶ月前から　・その他（　）

② 現在の症状を詳しく教えて下さい。（事故やケガの方は受傷状況を書いてください）

---

③ 本日検査をご希望ですか？（上記症状を調べるための検査）　はい　・　いいえ

④ 現在、他の病院からお薬をもらって飲んでいますか？　はい　・　いいえ

お薬の名前　【　】

お薬手帳があれば出してください

⑤ お薬のアレルギーはありますか？ はい 薬の名前（　）いいえ

⑥ お酒(飲む・たまに飲む・飲まない)　たばこ（吸う・吸わない・以前吸っていた）

女性のみ　現在妊娠の可能性（有　・　無）

⑦ 今までに大きな病気をしたことがありますか？

・脳こうそく　・くも膜下出血　・高血圧　・糖尿病　・ヘルニア（頚・腰）　・喘息

・腎臓病　・肝臓病　・その他（　）　・（　がん）　・特になし

⑧ 体内金属・ペースメーカー等あれば記入してください　（　）

ありがとうございました。こちらの問診表を受付へお渡しください。