

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 ・ 工作中 ・ その他

発熱はありますか？ はい いいえ

海外渡航歴が1ヶ月以内にありますか？

はい いいえ

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------|-----|------|------|------|---|---|
| ふりがな | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 | 男 女 | 大正 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 才 |
| | | 平成 | 令和 | | | | |
| 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) 勤務している方のみ | 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 今日診てほしい症状を記入して下さい (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・医師の判断で

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(頸・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・シャント術等の有無 有 () 無

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てください。