

診察申込書（内科）

記入日

フリガナ		性別	明・大・昭・平・令	年齢
氏名		男・女	年 月 日生	歳
自宅住所	(〒 -)		電話	() -
			携帯	() -
身長	cm	体重	kg	介護保険 なし・要介護()・要支援()

①どのような症状がありますか？

- 発熱(頃から) 痰(頃から)(色)
頭痛(頃から) 腹痛(頃から)
のどの痛み(頃から) 下痢・嘔吐(頃から)(回/日)
鼻水・咳(頃から) めまい・動悸・息切れ(頃から)
その他()

②この症状で、他院を受診されましたか？

- いいえ・はい(病院・医院・クリニック)
 お薬は出ましたか？ いいえ・はい(薬剤名:)

③3カ月以内に、渡航歴はありますか？

- いいえ はい(国名 渡航期間 / ~ /)

④現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい(病名 病院名)

⑤現在、お薬をのんでいますか？

- いいえ はい(薬品名) ※お薬手帳をご提示ください

⑥今までに、大きな病気や手術をされたことがありますか？

- いいえ・はい(いつ頃 病名)

⑦薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- いいえ・はい()

⑧飲酒について 飲まない 飲む(量)⑨たばこについて 吸わない 吸う(本/日)⑩今季インフルエンザの予防接種はうけましたか？ いいえ はい(令和 年 月頃)

【女性の方へ】

◎最終月経 (月 日から)

◎現在妊娠している (週目) 妊娠の可能性 (あり なし)◎授乳中ですか？ いいえ はい