

・診療申込書・

ID:

フリガナ	生年月日			性別	
氏名	大昭平令	年	月	日	男・女
住所	〒 - (マンション名やビル名もご記入お願いします)			体重 (中学生以下のみ)	
				kg	
携帯電話 (- -) 固定電話 (- -)					

※今回の受診にあたり発熱 (37.0以上) がありましたか? **現在の体温** → (. °C)

ない・ある → (最高 . °C: 日から 日間) ※ご家族様にお熱がある場合は

※1ヶ月以内にコロナの検査をされましたか? (検査の種類と結果に○印) 受付までお知らせください

いいえ・はい → (検査日 月 日 PCR・抗原 : 陽性・陰性)

①いつからどのような症状がありますか? (当てはまること苦痛に思われることに○印)

耳 (みみ) 月 日~	耳だれ (右・左)	かゆい (右・左)	聞こえにくい (右・左)	耳鳴り (右・左)	
	痛い (右・左)	耳あか (右・左)	こもった感じ (右・左)	めまい	
鼻 (はな) 月 日~	鼻水	鼻血	いびき	無呼吸	
	鼻づまり	花粉症	その他ご自由にご記入ください		
においがしない	花粉症の鼻焼手術 (希望・相談)				
咽頭 (のど) 月 日~	痛い	違和感			骨が刺さった
	咳 (せき)	かゆみ			
その他 月 日~	痰 (たん)	味がしない			
	声がかれる				
	頭痛	アレルギー検査	顔がまがった		
	体がだるい	舌の痛み・はれ			
寒気	頬 (ほほ) の痛み・はれ				
はき気・下痢	首の痛み・はれ				

②お飲みのお薬がありますか?

※お薬手帳をお持ちの方は先生に直接お出しください

ない・ある → (薬名)

※女性の方のみお答えください

(1)妊娠中ですか?

いいえ・可能性あり・はい → (月)

(2)授乳中ですか?

いいえ・はい

③お薬や食べ物のアレルギーがありますか?

ない・ある → ()

④麻酔 (歯科での注射を含む) で体調をくずしたことがありますか?

ない・ある

⑤大きな病気で手術や治療を受けられたことがありますか?

ない・ある → (いつ頃: 病名: 治療中・経過観察中・治療終了)

⑥肝炎にかかったことがありますか?

ない・ある → (B型・C型・その他)

⑦喫煙歴がありますか?

ない・ある → (本/1日、 年間喫煙)

当院を知っていただいた理由は何ですか?

・知人 ・家族 ・他院の紹介 ・看板を見て → (病院前・府庁前・市バス)
 ・インターネットを見て → (検索ワード:) ・その他 ()

ご記入ありがとうございました◎ 書き終わりましたら受付までお持ち下さい◎