

診 療 申 込 書

年 月 日

フリガナ _____
氏 名 _____ (男・女)
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
住 所 〒 _____
電 話 (自宅) _____ (携帯) _____

○ いつ頃からどんな症状がありますか？

○ 現在、治療中の病気はありますか？

- 高血圧症 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 心臓病
 肝臓病 腎臓病 アトピー性皮膚炎 喘息 ケイレン
 アレルギー() その他()

○ 上記以外で入院治療や手術を受けたことはありますか？

○ 薬、注射、食べ物で、気分が悪くなったり、発疹が出たことはありますか？

○ タバコは吸われますか？

一日に()本くらい ()才～()才

○ お酒は飲まれますか？

一日に、何()を、どのくらい()

○ 15歳以下の方へ

体重 kg

服用できない薬の剤形はありますか？ 水薬 粉薬 錠剤

○ 女性の方へ

現在、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 不明

最終月経はいつですか？ (月 日～ 月 日)

現在、授乳中ですか？ はい いいえ

小 嶋 内 科 小 児 科