

# 診 療 申 込 書

年 月 日

フリガナ _____
氏 名 _____ (男・女)
生年月日 _____ 大・昭・平・令 西 暦 _____ 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