

ID: \_\_\_\_\_

# 診 察 申 込 書

令和 年 月 日

ふりがな 氏 名			男	生年月日
			女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒			TEL(      -      -      )

① 今日どのようなことで来られましたか？

- かぜ    頭痛    皮膚病・けが    腰痛・関節痛    健診で要再検査  
腹痛    糖尿病    ストレス    甲状腺・乳腺    健康診断希望  
心臓    血圧    目    手足のむくみ・こわばり    その他

体温 (      °C)

体重 (      kg)

身長 (      cm)

② どのような症状がいつからありましたか？

症状 (      )  
 いつから (      )  
 どんな風に (      )  
 どのくらい続いていますか？ (      )

③ ご希望 (※希望は参考とさせていただきます、医師が総合判断致します。)

- 詳しい検査をして欲しい。  
薬を出して欲しい→飲めない薬    ない・    ある  
 ↓※薬あると答えた方  
 ( カプセル・錠剤・粉薬・水薬 )

④ 今までにかかった病気はありますか？

- ない    ある    高血圧    喘息    心臓病    肝臓病    糖尿病  
前立腺の病気    甲状腺の病気    感染症  
緑内障    その他 (      )

⑤ 現在通院中の病院名 (      )

⑥ 現在内服中の薬 (      )

⑦ 輸血をしたことがありますか？ ない ある → (      歳の頃)

⑧ 薬剤アレルギーはありますか？ ない ある

↓※あると答えた方

[ ピリン・抗生物質・その他(      ) ]

⑨ 家族の方で病気の方はみえますか？ いない いる (      )

⑩ 飲酒・喫煙(1日)    飲まない・    お酒 (      合)    ビール (      本)  
タバコ (      本/日)

⑪ 女性の方にお聞きします

現在妊娠中    妊娠している可能性がある    妊娠していない  
 前回生理日：      月      日      閉経：      歳

⑫ 最近、海外へ行かれましたか？ いいえ はい → 国名 (      )

上記個人情報は、医療の提供の範囲内で利用させていただきます

田中ハートクリニック