

# 診療申込書

平成 年 月 日

フリガナ	性別 男・女	年齢	歳
氏名	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日		
住所 〒			
TEL			

1・今日は、どうしましたか？ 症状をお書き下さい。  
(熱のあるかたは、熱もお書き下さい)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2・お子様がかかる場合は体重もお書き下さい \_\_\_\_\_ Kg

3・現在、何か薬を使用していますか？ (はい・いいえ)

(薬の名前) \_\_\_\_\_

4・アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

アトピー ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ ピリン系風邪薬 ・ 牛乳 ・ 卵

その他 (薬など) \_\_\_\_\_

5・緑内障・前立腺肥大症の既往がありますか (はい・いいえ)

6・お薬について、飲めない剤形がありますか？  
あり 粉末 ・ 錠剤 ・ シロップ剤 /なし

7・過去に大きな病気・手術等の既往がありますか？  
あり \_\_\_\_\_ /なし

8・女性の方へ

現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ) 妊娠 月

授乳をされていますか？ (はい・いいえ)

9・当院では治療をするにあたり、病名告知を行っております。  
病名等について告知することに同意しますか？

(はい・いいえ)

医療法人 慈公会 公平病院

診療申込書でご提供頂いた個人情報は、診療を行う目的以外にはご使用致しません