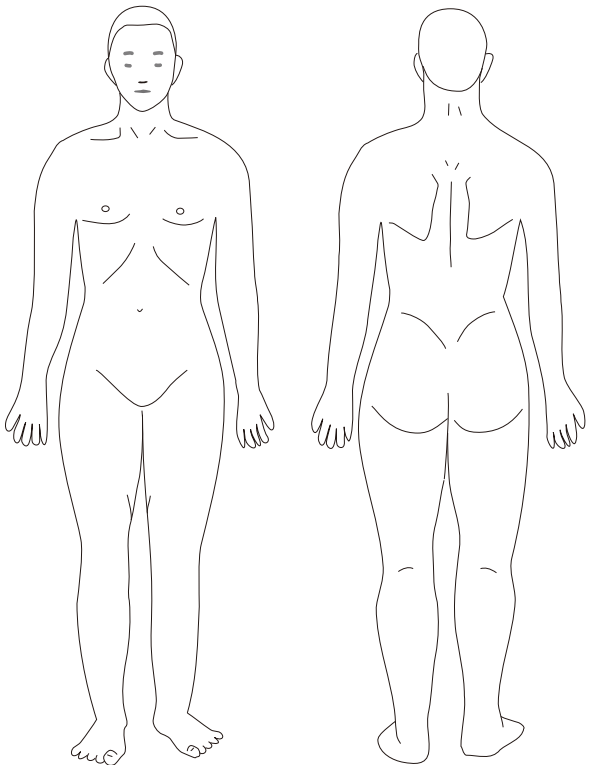


# 診察申込書

年 月 日

|   |              |   |  |
|---|--------------|---|--|
| ふりがな  |              |   | ・大正 ・昭和 ・平成                              |
| 氏名  | 男・女          | 生年月日  | 年 月 日生 ( 才)                              |
| 住所  | 〒<br>電話: ( ) |   | 介護保険の認定を受けていますか<br>はい ・ いいえ<br>要支援 ・ 要介護 |
| 職業<br>(具体的に)  | 主婦・学生<br>( ) | 小・中・高・大<br>( 年)   | スポーツ歴 ( ) 年<br>( ) 年                     |
| <p>1. どこがわるいのですか。</p> <p>○または印をつけて下さい。 →</p>  |              |   |  |
| <p>2. いつからですか。</p> <p>年 月 日頃から</p>  |              |  |  |
| <p>3. どんな症状ですか。どうされましたか。</p>  |              |   |  |
| <p>4. そのことで、お医者さんにみてもらいましたか。</p> <p>・いいえ ・はい ( どこのお医者さんですか。 ( )<br/>言われた病名は? ( )<br/>受けた処置、のんでいる薬は? ( ) )</p>         |              |   |  |
| <p>5. 今までに病気にかかった、あるいは現在、治療中の病気があれば○印をして下さい。</p> <p>・ぜん息 ・心臓病 ・高血圧 ・腎臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・胃腸病 ・結核 ・その他<br/>その内容をくわしく ( )</p> |              |   |  |
| <p>6. 今までに手術を受けられたことがありますか。・いいえ ・はい ( 手術名 )</p>   |              |   |  |
| <p>7. 今、飲んでいる薬があればお書き下さい。( 薬名 )<br/>おくすり手帳をお持ちでしたらご提示下さい。</p>   |              |   |  |
| <p>8. 薬のアレルギーはありますか。・いいえ ・はい ( 薬名 )</p>   |              |   |  |
| <p>9. 食物のアレルギーはありますか。・いいえ ・はい ( 食物名 )</p>   |              |   |  |
| <p>10. 女性の方にお聞きいたします。</p> <p>現在の妊娠の可能性。・無 ・わからない ・有 出産予定日( 年 月 日)</p> <p>現在 授乳中ですか。・いいえ ・はい</p>                       |              |   |  |