

診療申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
性別	男 ・ 女	(保険証) 被保険者との続柄	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
住所	〒 -		
電話	< > -		

今日、診察を受けられる主な症状または疾患を○印で囲んで下さい。

ねつ・頭痛・めまい・のどの痛み・せきたん・鼻水・息切れ・呼吸困難・胸痛
 動悸・胸焼け・吐き気・胃痛・腹痛・下痢
 便秘・残尿感・排尿時痛
 高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風(尿酸)
 気管支喘息・その他〔 〕

◇次のいずれかに○印を付けて下さい。

(1) 今までに大きな病気で、病院にかかったことがありますか。 (ぜん息、じんましん、心臓病) (腎臓病、糖尿病、けいれん) その他〔 〕	ある	ない
(2) 注射や内服薬などで、気分が悪くなったり、ショックまたは発疹が出たことがありますか。	ある	ない
(3) 家族で(父母兄弟その他)特異体質、アレルギー体質の方がいますか。 (ぜん息、湿疹、じんましん等) 病名〔 〕	いる	いない
(4) 妊娠していますか。あるいは妊娠の疑いがありますか。	ある	ない
(5) 現在、他医に通院していますか。	はい	いいえ
(6) お薬を服用していますか。	はい	いいえ

◎正しく、はっきりご記入下さい。

高沢内科