

# 診 療 申 込 書

フリガナ		男	既婚	職	
氏名	様	女	未婚	業	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(満 歳)
住所					
電話番号	自宅( )	携帯番号			
勤務先名	Tel( )				
※本日、次の項目を希望される方は希望項目に○印をお付け下さい。 健康診断 ・ 特定健診 ・ 禁煙外来 ・ AGA ・ インフルエンザワクチン					

上記※以外の方は、問診の記入をお願い致します。

◇今日はどうなさいましたか？

喉が痛い 鼻水 鼻づまり せき たんがからむ 頭痛 発熱( 度)  
 寒気 嘔吐 吐き気 下痢 便秘 腹痛(胃部・下腹部)  
 体がこわい(だるい) 胸が苦しい その他の症状( )

◇その症状はいつ頃より始まりましたか？

今日 昨日( 時頃) 2～3日前 その他( )

◇今回、とくに希望したい検査等がありましたら○印をお付け下さい。

血液検査 点滴注射 レントゲン その他( )

◇飲んでいる薬はありますか？(病院でもらった薬、市販薬等)

飲んでいない 飲んでいる( )  
※お薬手帳等お持ちの方はご提出下さい

◇次の病気(手術や輸血含む)をしたことがある方は、あてはまるものに○をお付け下さい。

ない ある(下の項目からお選びください)  
 ( )癌 高血圧症 糖尿病 心臓病 胃潰瘍 十二指腸潰瘍  
 肝臓病 膵臓病 腎臓病 肺疾患 脳疾患 その他( )

◇アレルギーはありますか？ ない ・ ある

薬( ) 食べ物( ) その他( )

◇タバコは吸いますか？

吸う(1日 本 歳頃から) 吸わない 昔吸っていた

◇お酒は飲みますか？

飲む(毎日・時々 歳頃から) 飲まない 昔飲んでいた

◇女性の方のみお答え下さい。

①最終月経( 月 日～ 日間)  
 ②現在妊娠の可能性はありますか？ ない ある わからない

◎診断書が必要な方はお申し付け下さい(1通 2,100円)

医療法人社団 清和会 南札幌病院