

# 診 療 申 込 書

令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		
氏 名		年	月	日 (満 歳)
住 所	勤務先・連絡先			
電 話 ( ) -	電 話 ( ) -			
携 帯 ( ) -				

※ 今後の診療のために必要ですので次の項目についてご記入または○で囲んで下さい。

1.本日受診することになった主な症状は？

いつごろから？ \_\_\_\_\_ どのような症状が？ \_\_\_\_\_

その他今ある症状は？ 発熱、頭痛、咽頭痛、鼻水、せき、たん、耳鳴り、めまい、胸痛、息切れ、ぜんそく発作、動悸、むくみ、血圧が高い、しびれ、のどの渇き、食欲不振、腹痛、下痢、便秘、肩凝り、腰痛  
その他( )

2.食欲：ある、普通、ない

3.便秘：硬い、普通、軟らかい、下痢…( 回 / 日)

4.睡眠：良い、普通、悪い(寝つきが悪い、起きにくい、途中で目が覚める)

5.体重：痩せた、変わらない、太った ( 年 月頃 kg → 現在 kg)

6.たばこ：吸わない、止めた( 年前から)、吸う(1日約 本/( 歳から))

7.アルコール：飲まない、時々、毎日(ビール mL、日本酒 合、ウイスキー 杯/日)

8.今までにかかった病気、けが、手術について：

・ なし

・ あり→ { 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎、肝臓病、胆嚢病、膵臓病、腎臓病、心臓病、  
高血圧、高脂血症、糖尿病、痛風、貧血、花粉症、アトピー性皮膚炎、  
ぜんそく、肺炎、肺結核、肋膜炎、  
その他( )  
外科手術( )  
大きなけが( )

9.のみ薬や注射でじん麻疹が出たりショック(気分が悪くなる)になったことは？

・ なし ・ あり→ピリン系、ペニシリン系、その他( )

10.食べ物などのアレルギーはありますか？ ・ なし ・ あり→( )

11.女性の方：

・ 生理について→まだ無い、順調、不順( )、止まっている、あがった  
前回の生理； 月 日より 日間

・ 現在妊娠は？ している( ヶ月)、していない、わからない

12.本日、当院へお越しになったのは？

(医師からの紹介、知人・家族のすすめ、インターネット、当院ホームページ、その他( ))

(医) 藤山診療所

ダウンロード版