



# 診療申込書

カルテ No.									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

生年月日 明  
大  
昭  
平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 世帯主の氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ 紹介者 \_\_\_\_\_

かかりつけの一般医 \_\_\_\_\_ 医院電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

あなたの体質を知ることは診療上必要なので、次の事項について、ご記入ください。

- ① 現在の全身健康状態は            よ い            わるい            ふつう
- ② 次にあげる病気にかかったことがありますか。
- イ. 心臓病      ロ. 腎臓病      ハ. 肝臓病      ニ. 喘息      ホ. 血液病
- ヘ. リウマチ      ト. 胃腸病      チ. 糖尿病      リ. 皮膚病      ヌ. その他
- ③ 抗生物質（例えば ペニシリン、アクロマイシン等）又は痛み止め（例えば ピリン系等）で異常がおきたことがありますか。            あ る（薬品名 \_\_\_\_\_）            な い
- ④ 副腎皮質ホルモン剤（例えば コーチゾン、プレドニン等）を使用したことがありますか。
- あ る            な い
- ⑤ 血圧の異常がありますか。      あ る       $\left( \begin{array}{l} \text{最大血圧} \\ \text{最小血圧} \end{array} \right. \begin{array}{l} \text{mmHg} \\ \text{mmHg} \end{array} \left. \right)$       な い
- ⑥ 現在妊娠していますか。      は い（ \_\_\_\_\_ ヶ月）      いいえ
- ⑦ 血がなかなか止まらないことがありますか。            あ る            な い

## 診療についての希望は

- ・今回は応急処置だけにしたい。
- ・この機会に悪いところは全部なおしたい。

- 
- ・保険診療のみでよい。
  - ・保険外診療も希望する。