

診療申込書

ID

ふりがな			
名前			
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 ()才	性別 男・女
住所		自宅 ()	—
		携帯	— —

① 今日は、どうなさいましたか？ 症状と場所を簡単にお書き下さい。

いつからですか？

② 麻酔や薬を服用して具合が悪くなったり、アレルギーをおこした事ありますか？

- 1) 麻酔アレルギー ある・ない (薬品名)
2) お薬アレルギー ある・ない (薬品名)

③ 今までに(又は現在)大きな病気にかかったことがありますか？

ある方は、その病名といつ頃かかったかをお書き下さい。

病名 ()
通院病院名 ()

④ 今、飲み続けている薬はありますか？ある方はその薬名をお書き下さい。

ない・ある 病名 ()
病院名 ()
薬名 ()

⑤ 今までに(又は現在)下記の病気にかかったことがある方はお書きください

ない・ある

アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 気管支喘息
アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎

令和 年 月 日