# 診　察　申　込　書

年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 明・大<br>昭・平 | 年　月　日<br>（　　）才 |
| 氏　名 | | | | | |
| 住　所 | 〒　　— | | | ＴＥＬ | —　　— |
| | | | | 携帯 | —　　— |

**ＣＴまたはＭＲＩ紹介の方、健康診断の方は上記の太枠内のみご記入ください**

## 問診票

(1) 症状について簡単にお答えください。

・どのような症状ですか？（例えば・・・おなかが痛い。頭が痛いなど ）

・いつ頃からですか？

・それ以外

ＣＴ紹介　・　ＭＲＩ紹介　・　紹介状あり

健診（法定Ａ/Ｂ/指定あり）

【病院記入欄】

ＫＴ＿＿＿＿＿℃

身近に感染者　（ なし・あり ）

インフル検査　（ なし・あり ）

渡航歴　　（ なし ・ あり ）

時期　　場所

(2) 下記の症状で当てはまるものがあれば〇をつけてください。

下痢 ・ おう吐 ・ 発熱 ・ 腹痛 ・ 関節痛

(3) 現在、**診察**を受けたり、**薬**を飲んだりしていますか？　　は い / いいえ

はいと答えた方：使用中の薬が分かる物はありますか？（ 薬手帳 ・ 薬剤情報提供書 ・ 薬持参 ）

持参している物が無い方は下記の欄に記入お願いします。

病 院 名 〔　　〕

薬の名前 （　　）

(4) 今まで病気やけがで**入院や、手術・輸血**をしたことがありますか？　　は い　　いいえ

(5) 過去に薬や注射で発疹が出るなど身体に異常が起きたことがありますか？　　は い（　　）　　いいえ

(6) あなたは**アレルギー体質**と言われた事がありますか？　　はい（　　）　　いいえ

(7) （女性の方）現在、**妊娠**またはその可能性がありますか？　　は い　　いいえ

※ 上記の中で「はい」と答えた方は、診察のとき医師に詳しくお話ください。

ご記入いただいた個人情報につきましては、別紙“個人情報の利用目的”の範囲内で取り扱います。ご記入ありがとうございました。

杏林会　今井病院