

# 診 察 申 込 書

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日  ( ) 才
氏 名					
住 所	〒 — —			TEL	— —
受診科	内 科 ・ 神経内科 ・ 消化器科 ・ 呼吸器科 ・ 皮膚科 外 科 ・ 整形外科 ・ 乳腺甲状腺外科 ・ 形成外科 ・ その他				

## 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？		
(2) 発熱はありますか？	はい ( ) °C	いいえ
発熱・風邪の 症状がある方	10日以内に海外渡航歴の有無      有 ( 国名 : )      無	
	海外渡航者との接触(10日以内)      有 ( )      無	
(3) 下痢はありますか？	はい	いいえ
(4) 嘔吐はありますか？	はい	いいえ
(5) 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
診察内容 ( )		
薬の名前 ( )		
(6) 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
(7) 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
(8) 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
(9) (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しください。

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