

診 療 申 込 書

フリガナ		男	既婚	職	
氏名	様	女	未婚	業	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(満 歳)
住所					
電話番号	自宅()	携帯番号			
勤務先名	Tel()				

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆必ずお答え下さい◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

最近(1ヶ月以内に)海外へ渡航歴がありますか？

ない ・ ある 【西アフリカ諸国 ・ 欧米 ・ 南米 ・ その他()】

◇今日はどうなさいましたか？

- ・喉が痛い ・鼻水 ・鼻づまり ・せき ・たんがからむ ・発熱(度)
- ・寒気 ・嘔吐 ・吐き気 ・下痢 ・便秘 ・腹痛(胃部 ・ 下腹部)
- ・体がこわい(だるい) ・胸が苦しい ・その他の症状()

◇その症状はいつ頃より始まりましたか？

今日 昨日(時頃) 2～3日前 その他()

◇飲んでいる薬はありますか？(病院でもらった薬、市販薬 等)

飲んでいない 飲んでいる()
※お薬手帳等お持ちの方はご提出下さい

◇次の病気(手術や輸血含む)をしたことがある方は、あてはまるものに○をお付け下さい。

ない あるいはある(下の項目からお選びください)

()癌 高血圧症 糖尿病 心臓病 胃潰瘍 十二指腸潰瘍
肝臓病 膵臓病 腎臓病 肺疾患 脳疾患 その他()

◇アレルギーはありますか？ ない ・ ある

薬() 食べ物() その他()

◇タバコは吸いますか？

吸う(1日 本 歳頃から) 吸わない 昔吸っていた

◇お酒は飲みますか？

飲む(毎日・時々 歳頃から) 飲まない 昔飲んでいた

◇女性の方のみお答え下さい。

①最終月経(月 日～ 日間)
②現在妊娠の可能性はありますか？ ない ある わからない

◎診断書が必要な方はお申し付け下さい(1通 2,160円)

医療法人社団 清和会 南札幌病院