

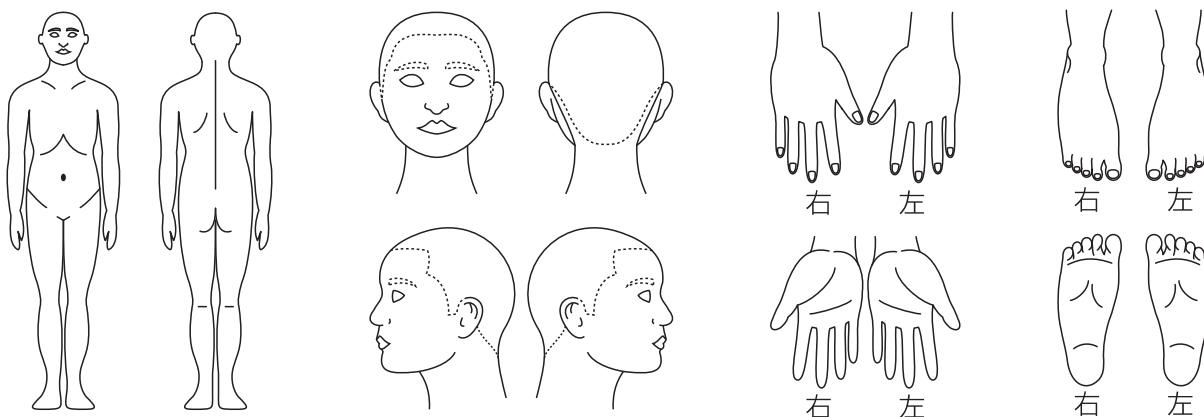
診 察 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日 明 昭 年 月 日 才 大 平
住 所	〒 電話 ()		
職 業 (具体的に)	身長	cm	体重 kg

1. いつからどんな症状がありますか

- a) いつから：(年、 カ月、 週、 日) 前から
 b) 症 状：かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他 ()
 c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか (はい・いいえ)
 病名 () 病院名 ()
 d) 部 位：(下の図に印を付けて下さい。)



2. 現在、他に治療中の病気はありますか (はい・いいえ)
 病名 () 病院名 ()

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか
 1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病
 6. 高血圧 7. 胃潰瘍 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大
 12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術 () 15. その他 ()

4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか
 1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. その他 ()

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか (ある・ない)
 薬、食べ物の名前 ()

6. <女性の方に> 現在、妊娠中ですか、またはその可能性はありますか
 1. 現在妊娠している (カ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

7. ご紹介の方がいらっしゃいましたらご記入下さい
 紹介者 (様より) 医療機関 (より)

8. その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい