

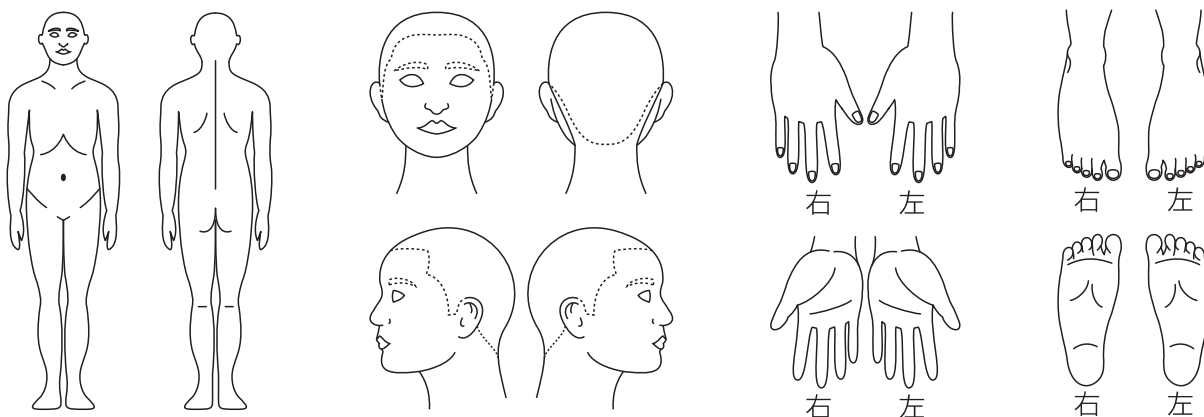
# 診 察 申 込 書

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