

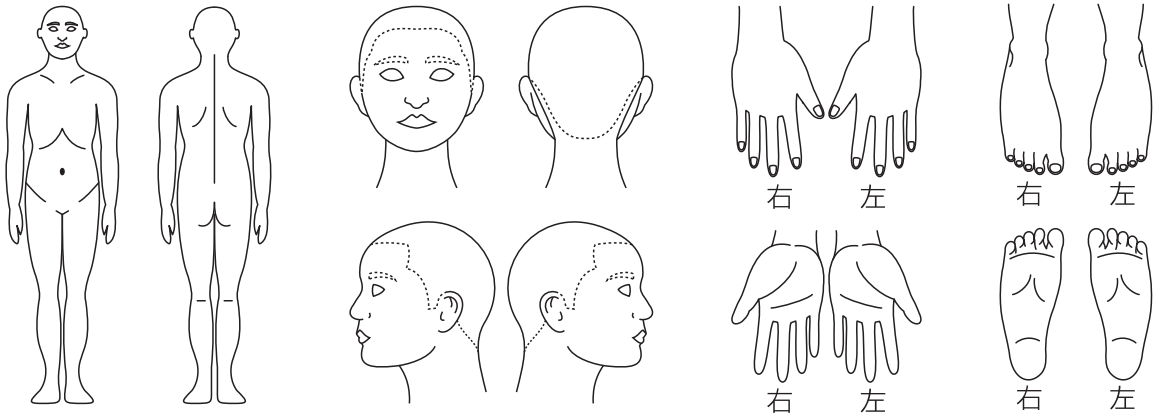
診 察 申 込 書

年 月 日

フリガナ		男	生 年	大・昭	年	月	日	才
氏 名		女	月 日	平・令				
住 所	〒							
自宅電話		身長		cm	体重		kg	
携帯電話		職 業(具体的に)						

1. いつからどのような症状がありますか。症状が複数の場合はすべて記入してください。

部位 (下の図に印をつけてください)



2. 今回の原因として思い当たることはありますか。 【 ある・ない 】
原因 ()
3. 現在、他に治療中の病気はありますか。 【 ある・ない 】
病名 () 病院名 ()
4. 今までに、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。 【 ある・ない 】
・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ・喘息 ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧
・脳血管疾患 ・脂質異常症 ・肝臓病 ・腎臓病 ・膠原病 ・リウマチ ・前立腺肥大
・緑内障 ・輸血 ・手術 () ・その他 ()
5. 家族の方にアレルギー疾患はありますか。 【 ある・ない 】
・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ・喘息 ・その他 ()
6. 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 ()
7. <女性の方のみ> 現在、妊娠中ですか。または授乳中ですか。 【 はい・いいえ 】
・妊娠中 (カ月) ・妊娠の可能性あり ・授乳中