診察申込書

平成　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
氏名	男・女	身長・体重	cm　　kg
携帯電話	ー　　ー	電話番号（自宅）	ー　　ー
現住所（自宅）	〒　　ー　　※アパート・マンション名・部屋番号まで必ずご記入下さい。		
携帯電話 電子メールアドレス	@	docomo.ne.jp vodafone.ne.jp won.ne.jp ezweb.ne.jp softbank.ne.jp willcom.com	（○をつけて下さい）

※下記の1～9までご記入下さい。

1.どのような症状ですか？あてはまる科目に☑（チェック）をしてください。（複数可）

□内科	□熱　□のど　□せき　□腹痛　□頭痛　□体重減少　□食欲減退　□めまい
	□げっぷ　□下痢　□鼻水　□便秘　□鼻づまり　□吐き気　□だるい　□胸痛
	□耳鳴り　□動悸　□むくみ　□眠れない　□その他（　　）
眼科 □右眼 □左眼 □両眼	□痛い　□かゆい　□赤い　□めやに　□疲れやすい　□見えにくい　□ぼやける　□痙攣
	□けが　□涙が出る　□ごみ　□かすむ　□逆さまつげ　□黒い点がみえる　□違和感
	□腫れている　□ゴロゴロする　□まぶしい　□その他（　　）
	☆コンタクトの方は現在ご使用のレンズの度数等をご記入ください。
	度数（右：　　左：　　）種類　ソフト（2Wｱｷｭﾋﾞｭｰ・2Wﾃﾞﾌｧｲﾝ・ｵｱｼｽ・ｱﾄﾞﾊﾞﾝｽ・1Dﾓｲｽﾄ
	メーカー（　　）　ハード（　　）その他（　　）・1Dﾋﾞﾋﾞｯﾄ・1Dｱｸｾﾝﾄ）
□皮膚科 美容外科	〔部位〕 全身・顔・口・口唇・首・手・足・胸・腹・わき腹・おしり・足底・その他部位（　　）
	□にきび　□水虫　□虫さされ　□いぼ　□しみ　□ほくろ　□口内炎　□しわ　□アトピー
	□うおの目　□タコ　□かゆい　□荒れ　□傷　□やけど　□湿疹　□じんましん　□アレルギー
	□痛い　□その他（　　）
□整形外科 外科	〔部位〕 胸・肩・首・腰・わき腹・手（右・左）・足（右・左）・ひざ（右・左）・その他部位（　　）
	□手のしびれ　□足のしびれ　□むちうち　□関節痛　□歩きにくい　□痛風　□刺し傷
	□切り傷　□すり傷　□打撲　□捻挫　□突指　□腱鞘炎　□交通事故
	□労災　⇒（□勤務中　□通勤途中）　□その他（　　）
□泌尿器科 性病科	□痛い　□かゆい　□頻尿　□ヘルペス　□膿がでる　□性病　□ED（勃起障害）
	□膀胱炎　□尿が近い　□その他（　　）
□その他	□人間ドック　□健康診断　□診断書　□予防接種　□ｾｶﾝﾄﾞｵﾋﾟﾆｵﾝ　□その他（　　）
□心療内科	別紙をお渡し致します。 下記の2～9まで、ご記入下さい。
□婦人科	別紙をお渡し致します。 下記の2～9まで、ご記入下さい。

2.いつ頃からこのような症状がありましたか？＿＿＿＿＿＿＿＿

3.今度の病気でほかの先生にかかりましたか？（はい・いいえ）

その際、なにか治療か検査を受けましたか？（はい・いいえ）＿＿＿＿＿＿＿＿

4.通院中の病院・医院がありますか？（はい・いいえ）病院・医院名＿＿＿＿＿＿＿＿

飲んでいる薬はありますか？＿＿＿＿＿＿＿＿

5.嗜好品についてお尋ねします。＊お酒は（全く飲まない・付き合い程度・ほとんど毎日）

＊たばこは(吸う　1日　　本・吸わない)

6.アレルギーや喘息はありますか？（はい・いいえ）＿＿＿＿＿＿＿＿

7.今までに大きな病気やけがをしたことがありますか？（はい・いいえ）＿＿＿＿＿＿＿＿

入院・手術の病名＿＿＿＿＿＿＿＿

8.女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性は（ある・ない・わからない）

9.当院をどこで知りましたか？

知人の紹介・タウンページ・看板・通りがかり・ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ・携帯ｻｲﾄ・交番・以前受診・新聞・雑誌・その他（　　）