

診察申込書

ID

令和 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 | — — | 電話番号 (自宅) | — | — | | |
| 現住所 (自宅) | 〒 — | | | | | |

※アパート・マンション名・部屋番号まで必ずご記入下さい。

※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、および項目に ☒ (チェック) をしてください。

| | |
|---------------|---|
| □内科 | <input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 食欲減退 <input type="checkbox"/> めまい |
| | <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 胸痛 |
| | <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> その他() |
| □眼科 | <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ぼやける |
| | <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> ごみ <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 逆さまつげ <input type="checkbox"/> 黒い点が見える <input type="checkbox"/> 違和感 |
| | <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ購入 <input type="checkbox"/> その他() |
| | *普段、メガネをかけていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | *コンタクトレンズを使っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ⇒ <input type="checkbox"/> ハードコンタクト <input type="checkbox"/> ソフトコンタクト (□カラー) → <input type="checkbox"/> ワンデー <input type="checkbox"/> 1ウィーク <input type="checkbox"/> 2ウィーク <input type="checkbox"/> その他 |
| □皮膚科 □美容外科 | <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 荒れ <input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アレルギー |
| | <input type="checkbox"/> にきび <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 虫さされ <input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> しみ <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> しわ |
| | <input type="checkbox"/> うおの目 <input type="checkbox"/> タコ <input type="checkbox"/> 脱毛相談(両脇・腕・足・ビキニライン・その他) <input type="checkbox"/> その他() |
| □整形外科 □外科 | [部位] 全身・顔・首・手・足・胸・腹・わき腹・おしり・足底・その他部位() |
| | <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> わき腹 <input type="checkbox"/> 手(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左) <input type="checkbox"/> ひざ(右・左) |
| | <input type="checkbox"/> 手のしびれ <input type="checkbox"/> 足のしびれ <input type="checkbox"/> むちうち <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 刺し傷 |
| | <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 突指 <input type="checkbox"/> 腱鞘炎 <input type="checkbox"/> その他() |
| □泌尿器科 □性病科 | <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 ⇒ (□勤務中 □通勤途中) |
| | <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> 膿がでる <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> ED(勃起障害) |
| □その他 | <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> その他() |
| | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> セカンドピニオン <input type="checkbox"/> 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()