

診察申込書

ふりがな

氏名 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)

住所 _____

TEL _____

1. どのようなことでおいでになりましたか？

(例：眠れない、イライラする、気分が沈む、不安である)

()

・それはいつ頃からですか？ ()

・その事で医療機関に通った事がありますか？ (はい ・ いいえ)

・その事で入院した事がありますか？ (はい ・ いいえ)

・その事で薬を服用した事がありますか？ (はい ・ いいえ)

2. 現在飲んでいる薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

3. 現在他の医療機関にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)

4. 今までに入院した事がありますか？ (はい ・ いいえ)

5. 今までに薬を飲んで異常が起きた事がありますか？
ない ・ ある (どんな薬ですか？)

6. 今までに食品で異常 (じんましん、腹痛、下痢など) が起きた事がありますか？
(ない ・ ある)

7. 女性の方にうかがいます。

・現在妊娠していますか？ (はい ・ いいえ)

・今後妊娠する可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

8. お薬が処方された場合、処方箋を薬局に
FAXしても良いですか？ (はい ・ いいえ)