

診察申込書

ふりがな		男	生	明	大	年	月	日
御姓名	様	女	年	昭	平	年	月	日
御住所	〒		電話番号					
体温	度	15歳以下のお子様	体重 (kg)					

該当する項目の□にチェック ✓ をお願いします

1) いつからどこに、どの様な症状がありますか。

2) 今までに耳鼻咽喉科でかかった病気、手術がありますか？

なし

ある どのようなものでしたか

()

3) 今までかかったことのある病気、あるいは、今治療中の病気がありますか？

なし

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳梗塞

脳出血 肝臓病 腎臓病 緑内障 結核

その他 (具体的な病名を)

4) これまでに薬などで発疹がでたり、薬のアレルギー体質といわれた事がありますか。

なし

ある どのような薬ですか

()

裏面に続きます

5) タバコは吸いますか

いいえ はい (1日 本くらい) 以前吸っていた

6) お酒は飲みますか

いいえ はい

7) 妊娠している可能性がありますか、授乳中ですか (女性の方)

いいえ はい (ヶ月) 授乳中

8) 現在、薬を飲んでいますか

いいえ

はい

お薬手帳や薬の説明書き (薬剤情報提供書) をお持ちの場合は受付に
提出して下さい。

お持ちでない方は、下記へ薬の名前をご記入ください

()

9) 調剤薬局さんへの処方箋のファックスを希望されますか

希望の方は薬局をご指定ください

いいえ

はい (薬局名:)