

診療申込書

No

診療日	平成 年 月 日
フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
現住所	〒 -
電話番号	() -
当院は初めてですか	はい・いいえ
健康保険で受診される場合は保険証を、労災は業務上負傷証明書を、生活保護は診療依頼書を、また公費の場合は証明書を添えてご提出下さい。 ※交通事故の場合は、お申し出下さい。	

今日はどうされましたか？
下記の質問についてお答え下さい。（該当する場合○で囲んで下さい。）
1. 現在、他の病院にかかっていますか？ かかってない ・ かかっている 病名は？ ()
2. 何かお薬をのんでいますか？ のんでいない ・ のんでいる
3. 今までにお薬でアレルギーがでたことがありますか？ ない ・ ある (薬名)
4. 今までに局所麻酔の注射をしたことがありますか？ (抜歯など) ない ・ ある ・ 不明
5. 次の病気があれば○で囲んで下さい。 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 緑内障 ・ 心疾患 ・ 喘息
[女性の方へ] 現在、妊娠中ですか？ いいえ ・ はい