≪内科≫診療申込書

フリガナ		性別	生年月日
氏　名		男 女	年　　月　　日
住　所　　〒			
電話番号	自宅	携帯	
学校・会社名		電話番号	
薬で飲めないものはありますか？	錠剤　　粉　　液体　　その他（具体的に　　）		
現在または過去にかかった病気はありますか？ 心臓病　腎臓病　胃潰瘍　肝臓病　糖尿病　喘息　脳梗塞　リウマチ　痛風　がん その他（　　）			
過去にアレルギー症状が出たことはありますか？	なし　　あり		
ありの方はあてはまるものに〇を付けて下さい。 薬 ・ 注射 ・ 食べ物 ・ その他（具体的に　　）			
お酒（1日　　本）	喫煙（1日　　本）		
女性の方→妊娠の可能性	なし　　あり（ 未確認 ）　　現在妊娠中（　　ヶ月）		
授乳中ですか？	はい　　いいえ		
診療希望の医師がいる場合は〇印をつけてください。	竹村　　本田		
当院を何でお知りになりましたか？ インターネット ・ 看板 ・ 広告 ・ 紹介者（名前　　）			
保険証の複写をとらせていただくことに同意いたします。	氏名		
マイナンバーカードの薬剤情報などの提供について同意します。	氏名		

本日の診療目的についてあてはまるものに〇印を付けて下さい。

（　　） 今の症状について治療希望　…**1番を記載ください**

（　　） 健診後の再検査・治療　　…**2番を記載ください**

（　　） 他院処方の薬希望　　…**3番を記載ください**

1.今の症状について治療希望

・症状が出たのはいつからですか？

24時間以内　　1週間以内　　1～3ヶ月以内　　半年以上前

・どのような症状ですか？

かぜ症状 ・ 熱感 ・ だるさ ・ のどの痛み ・ 関節の痛み ・ 吐き気 ・ 下痢

頭痛 ・ せき ・ 息切れ ・ むかつき ・ 鼻水 ・ 熱（　　度）

その他（　　）

・今の症状について他院で治療しましたか？　　した ・ しない

〈したとお答えの方へ　処方薬はありましたか？　　あり［薬剤名　　］　なし 〉

・原因を調べるため必要があれば検査を希望しますか？　　する ・ しない

・原因改善を目的に次の治療は希望しますか？

のど処置 ・ 吸入（せき改善） ・ 点滴（対応できない場合有）

2.健診後の再検査・治療

検査後当院での継続治療は希望されますか？　　する　・　しない

3.他院処方の薬希望

薬剤名を記入ください。　　薬手帳・薬局用紙　あり　・　なし（薬剤名　　）