

診察申込書

平成 年 月 日

フリガナ		男
氏名		女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日生	年齢 才
住所 (自宅)	〒	
TEL	— —	

●現在どのような症状でお困りですか？

--

●症状は外傷（けが）によるものですか？

(はい いいえ)

はいの方は次の問診にお答えください

いつのけがですか？ (年 月 日 時頃)

けがの状況について、できるだけ詳しくお書きください。

--

●体重は何kgですか？

●身長は何cmですか？

--

 kg

--

 cm

●今までに薬や注射で薬疹がでたことがありますか？

はい	・	いいえ
----	---	-----

●喘息といわれたことがありますか？

はい	・	いいえ
----	---	-----

はいの方は次の問診にお答えください

アスピリン喘息といわれたことがありますか？ (はい いいえ)

●アレルギー体質といわれたことがありますか？

はい	・	いいえ
----	---	-----

●妊娠中の方のみ

--

 カ月

●領収書は要りますか？

はい	・	いいえ
----	---	-----

※レシートはありません

ここから下は「はい」に○をつけた方のみ、お答えください

●領収書は

毎回	・	1ヶ月ごと	・	1年ごと (年末)
----	---	-------	---	-----------

に出してほしい

●明細書は要りますか？

はい	・	いいえ
----	---	-----