

# 診療申込書



医療法人 光仁会

元住吉えみ心療クリニック

記入年月日 年 月 日

フリガナ		大正・昭和・平成
氏名		生年月日 年 月 日 ( 歳)
住所	〒	
電話番号	自宅 :	携帯番号 :
1. 症状を簡単にご記入ください。 症状  症状はいつごろから始まりましたか？		
2. 現在かかっている、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 リウマチ 痛風 その他 ( )		はい いいえ
3. 現在、服用中のお薬はありますか？ 「はい」の方はお薬がわかりましたらご記入ください。 薬名 ( )		はい いいえ
4. 過去にアレルギー症状が出たことはありますか？ 「はい」の方は、あてはまるものに○をつけてください。 薬 注射 食べ物 その他(具体的に )		はい いいえ
5. 現在、妊娠の可能性はありますか？ 「はい」と答えられた方へ 妊娠の可能性あり(未確認) 妊娠中( 月・ 週)		はい いいえ
6. 現在、授乳中ですか？		はい いいえ
7. 飲むのが苦手なお薬はありますか？ 粉薬 錠剤		はい いいえ
8. 当院を何でお知りになりましたか？ 紹介 広告 インターネット 看板 雑誌 その他 ( )		