

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(ヶ月・ 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 ()		