

診療申込書および新患問診票

年 月 日

ふりがな			職業		
お名前	男				
	女				
生年月日 明・大 昭・平	年	月	日生	年齢	歳 カ月
ご住所 〒	-				
都・道					
府・県					
電話番号:					
緊急連絡先:					

今回どのような症状がありましたか？

(今回の症状で他の病院を受診された方は処方内容も下記にご記入ください)

現在、他の病気で病院に通院されていますか？ (はい・いいえ)

病名：

病院名：

現在、飲み続けている薬はありますか？ (はい・いいえ)

薬剤名：

既往歴について

アレルギー (はい・いいえ)(食物名・薬剤名：)

気管支喘息 (はい・いいえ) 肺結核 (はい・いいえ)

高血圧症 (はい・いいえ) 高コレステロール血症 (はい・いいえ)

心臓病 (はい・いいえ) 糖尿病 (はい・いいえ)

腎臓病 (はい・いいえ) その他：

手術や輸血を受けられたことはありますか？

手術 (はい・いいえ)(年 月頃 病名：)

輸血 (はい・いいえ)(年 月頃)

(小児のみ) 薬は(シロップ・粉・錠剤)を希望します。ご協力ありがとうございました えとう医院