

診察申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ				職業	体重(お子様の場合)
氏名	才				Kg
生年月日	電話番号				
大・昭・平・令 年 月 日	携帯電話				
現住所	〒 -				

1、本日受診することになった症状についてお聞かせください。(めまいの方は別紙問診表がございます)

【いつ頃から症状がでましたか？】

【どのような症状ですか？】

2、今までに、薬や食物で気分が悪くなったり、発疹などのアレルギーが出たことはありますか？

いいえ

はい→(薬・食物の名前：)

3、現在、治療中の病気にすべて○をつけてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 前立腺肥大 緑内障

喘息 胃潰瘍 脳梗塞 アトピー性皮膚炎 その他()

4、現在、服用中のお薬はありますか？

いいえ

はい→(薬名：)

5、お酒・喫煙は1日どれくらいですか？

アルコール：飲まない ・ 飲む(種類)(杯)

喫煙：吸わない ・ 吸う(本)(才頃から)

6、女性の方にお尋ねします。現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ 妊娠中(カ月・不明) 授乳中

7、お子様にお尋ねします。熱性けいれんの既往はありますか？

いいえ はい(才)

8、当院はどのようにしてお知りになりましたか？

知人から聞いて 家族・親族から聞いて 歯科受診時に見て

他院からの紹介 当院ホームページを見て 自宅が近いから

駐車場の看板 チラシ 泉北コミュニティ 銀行の電子掲示板

9、どのような診察を希望されますか？

必要最低限の治療を希望 期間はかかってもいいからきっちり治したい

しっかり検査をしてほしい 医師に任せる

10、その他、医師に伝えたいことがあればご自由にお書きください。