

せきぐちクリニック[皮膚科] 診療申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
氏名				年 月 日生(才)
住所				
電話番号	当院からご連絡を差し上げる場合、さしつかえない電話番号を記入してください。			
職種		出身地		紹介状をお持ちですか はい・いいえ

当院では、診療に必要なため保険証のコピーを取らせて頂いております。
(管理はカルテ同様に厳正にさせていただきます)

コピーに同意する・同意しない

お困りの症状について、いつからどのような症状が出たか、具体的に教えてください。

例：3日前から熱が出てだるい

[]

現在かかっている病気はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、病名もしくは病状を教えてください。

病名・症状 []

現在服用中のお薬はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、お薬の名称がわかりましたらご記入ください。

薬の名前 []

以前にかかって現在治った病気はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、病名もしくは病状を教えてください。

[]

以前に手術を受けられたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、手術名もしくは体の部位を教えてください。

[]

過去に気管支ぜんそくやアトピー性皮膚炎、薬や食べ物によるアレルギー症状を起こしたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、具体的に教えてください。

[]

診断に有用となりますので、血縁のある方のご病気について教えてください。ご病気の方はいらっしゃいますか？

はい・いいえ

「はい」の方は 教えてください。 血縁関係 [] 病名 []

タバコを吸いますか？

はい・いいえ

「はい」の方は 1日に何本吸いますか？ 1日 (本)
教えてください。 また、何年位吸っていますか？ (年)

お酒を飲みますか？

はい・いいえ

「はい」の方は お酒を一週間に何日位お飲みになりますか？ (日) (合)
教えてください。 また、1日にどれ位の量を飲みますか？ ()

女性の方へ

妊娠しているかその可能性はありますか？ なし・可能性あり(未確認)・あり(妊娠週)

最終生理開始日 年 月 日 出産回数 回 流産回数 回

(膠原病や骨粗しょう症の診断に重要な事項ですのでご協力ください)

授乳中ですか？ はい・いいえ