

診療申込書

患者 ID

申込日： 令和 年 月 日

| | | | | | |
|------|--|-----|------|----------------------|-------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| 氏名 | | 男・女 | | | |

| | | | | | |
|--------|---|----|---|-----|---|
| 〒 | — | 住所 | 県 | 市・郡 | 町 |
| 自宅電話番号 | — | — | | | |
| 携帯電話番号 | — | — | | | |

| | | | |
|------------|------|---|---|
| お勤め先 名称 | 電話番号 | — | — |
|------------|------|---|---|

問診票

本日は、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい ・ いいえ
今日は、どこがどのように具合が悪くいらっしゃいましたか？ 簡単にお書き下さい。

[]

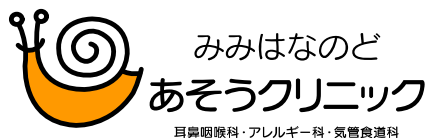
現在、飲んでいるお薬はありますか？（高血圧、心臓、糖尿病、喘息、アレルギー、胃腸、脳循環、痛み止め、など

無 ・ 有 [薬品名が分かれば記入：]

これまでに、薬・食べ物によるアレルギー（じんま疹、浮腫、呼吸困難、ショックなど）はありましたか？

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| 1. ヨード（ルゴール・造影剤・消毒など） | 有 | ・ | 無 |
| 2. 局所麻酔薬（歯科の麻酔注射・噴霧の麻酔など） | 有 | ・ | 無 |
| 3. 抗生物質（ペニシリン系、ほか：薬品名） | 有 | ・ | 無 |
| 4. 解熱剤（ピリン系、ほか：薬品名） | 有 | ・ | 無 |
| 5. 喘息・アトピー・花粉症 | 有 | ・ | 無 |
| 6. 食物（ミルク・卵・小麦・そば・豆・魚・肉・ゼラチン・ほか：） | | ・ | 無 |
| 7. ほかのアレルギー（内容：） | | ・ | 無 |

身長（ ）cm 体重（ ）kg



みみはなのど
あそうクリニック

耳鼻咽喉科・アレルギー科・気管食道科

〒 930-0975 富山市西長江1丁目1-11
TEL 076-423-5215 FAX 076-425-2839