

湯川リウマチ内科クリニック 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・令和	
氏名						年 月 日(歳)	
住所	(〒 -)						
TEL	- - 当院からご連絡を差し上げる場合、さしつかえのない電話番号を記入ください						
FAX	有(番号同上)・無 ※FAX番号が上記と異なる場合、ご記入ください: - -						
職種		出身地		紹介状をお持ちですか	はい・いいえ		

体温: _____ °C

①お困りの症状について、いつからどのような症状が出たのか、具体的に教えて下さい。

例: 1か月前から手がこわばり、だるい 等

②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

③現在内服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 お薬手帳: 有・無

お薬の名前 {

④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

⑤以前に手術や輸血を受けたことはありますか? → はい・いいえ

【はい】の方は、手術名もしくは輸血製剤名を教えてください

⑥以前に気管支喘息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

⑦血縁のある方で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、具体的に教えてください 例: 父-高血圧 等

⑧タバコを吸いますか? → はい・いいえ

【はい】の方は、教えてください 例: 1日10本を10年 等

⑨お酒を飲みますか? → はい・いいえ

【はい】の方は、教えてください(頻度・種類・量) 例: 付き合い程度で、グラスワインを1~2杯程度 等

☆女性の方へ☆

妊娠している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

授乳中ですか? → はい・いいえ

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。