

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 氏名		男女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(才)
住所				
電話番号	当院からご連絡を差し上げる場合、さしつかえのない電話番号を記入ください			
Fax	あり(番号同上)・なし Faxをお持ちで、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

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

[_____]

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

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

[_____]

以前に気管支喘息やアレルギー性皮膚炎、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

[_____]

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

[_____]

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 [_____]

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 例:付き合い程度で (頻度・種類・量) グラスワインを1~2杯程度 [_____]

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