

# 診 察 申 込 書

年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女) \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 才 )

住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

現在のお熱 \_\_\_\_\_ °C

① 1ヶ月以内の渡航歴はありますか？ なし・あり (国名 \_\_\_\_\_ )  
1ヶ月以内の国内の旅行歴はありますか？ なし・あり (沖縄など \_\_\_\_\_ )

② 今までに使用した薬で薬疹などの症状が出た事がありますか？  
①なし ②あり(以下へご記入ください)

いつ頃ですか？(

お薬の名前 (

③ 現在使用中のお薬はありますか？

①なし ②あり(診察の時、お薬手帳を見せてください)

④ 今回はいつから、どのような症状ですか？

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

⑤ 他に伝えたい事がありますか？(妊娠の有無など)

.....  
.....  
.....

⑥ 今まで入院・手術・通院などありますか？ ① なし ②あり(以下へご記入ください)

1)

2)