

診察申込書

I D							
(フリガナ) 診察なさる方の氏名	-----			性別	男・女	被保険者(世帯主)の氏名	被保険者(世帯主)との続柄
生年月日	年 月 日		電話番号		()		
現住所							
職業(勤務先)					受付日	年 月 日	
身長	cm	体重	kg	妊娠している ・ 妊娠していない			
① 本日はどうされましたか？	1) いつ頃から () 2) どんな症状で ()						
② 現在、他の医療機関にかかっていますか？	1) かかっていない 2) かかっている (病名:)						
③ 現在、何かお薬を飲んでいますか？(市販薬を含む)	1) 飲んでいない 2) 飲んでいる ()						
④ 薬や注射などで気分が悪くなったり、湿疹が出来たことがありますか？	1) ない 2) ある () 例:ピリン剤・ペニシリン剤・麻酔剤など						
⑤ アレルギー体質と言われたことはありますか？	1) ない 2) ある () 例:喘息・花粉症・食べ物(食品名)など						
⑥ 飲酒について	1) 飲まない 2) 時々、飲む (週 回 何を どの位) 3) 毎日、飲む (何を どの位)						
⑦ 喫煙について	1) 吸わない 2) 吸っていたがやめた (当時1日 本 やめて 年) 3) 吸う (歳から 1日 本)						
⑧ 今までに大きな病気や外傷・慢性的な病気にかかったことはありますか？	1) 特にない 2) ある →(下記表に病名とその時の年齢をご記入下さい) 例:高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病・癌(この場合は部位も)・脳卒中・喘息など						
かかった病名		年 齢	かかった病名		年 齢		
かかった病名		年 齢	かかった病名		年 齢		
かかった病名		年 齢	かかった病名		年 齢		
⑨ 今までに手術を受けたことがありますか？	1) ない 2) ある () *手術を受けた年齢もご記入下さい						
⑩ 血のつながりのある方で、大きな病気をした方がおられますか？	1) いない 2) いる →(下記表の例を参照してご記入下さい)						
	本人との関係	病 名	本人との関係	病 名			
	例)父	例)高血圧	例)祖母	例)癌(子宮)・糖尿病			

※保険証をこの申込書と一緒に受付へ提出して下さい。

※保険証をご持参なさらない方は、自費扱いとさせていただきます。

ユニット・ワンクリニック