****

**診療申込書**

(記入日)　　　　年　　　　月　　　　日

**フリガナ：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　女　）**

**生年月日：　大正　・　昭和　・　平成　・　令和　　　　年　　　　月　　　　日**

**（西暦　　　　　　　　年）**

**郵便番号：（〒　　　　-　　　　　　）**

**ご住所：　　　　　　　　　　市**

**電話番号：　　自宅**

　　　　　　　 **携帯**

1.今までにかかった病気があればご記入下さい。

[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

2.今までに手術を受けたことがありますか。　（　**はい　・　いいえ**　）

[　いつ　　　才のとき]　　　手術の種類　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

3.現在治療している病気がありますか。　（　**はい　・　いいえ**　）

[病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

4.現在服用している薬がありましたら、薬の名前をご記入下さい。

　※お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。その場合は記入不要です。

[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

5.今までに薬を服用して異常を認めたことがありますか。　（　**はい　・　いいえ**　）

薬の種類・名前[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

その時の症状[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

6.女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか。　（　**はい　・　いいえ　・　わからない**　）