



# 診療申込書

フリガナ	
お名前	
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
性別	男 ・ 女
住所	〒 -
連絡先	自宅：( ) -
	携帯電話： - - 【母 ・ 父 ・ 本人 ・ その他 ( )】
	緊急連絡先： - - 【母 ・ 父 ・ 本人 ・ その他 ( )】
何をご覧になって当院へ来院されましたか？ 1：ネット検索    2：看板    3：雑誌・広告    4：知人の紹介    5：口コミ 6：他院からの紹介    7：家族がかかっている    8：バスの車内放送 9：その他 ( )	
生活保護の方のみご記入ください。 *市・区役所の担当者名 ( ) *引越しのご予定がある方は下記もご記入ください。 月 日に (市・区) へお引越し予定	

※以下医療機関記入

患者番号：No.	初診来院日：R 年 月 日
1 2	入力者
<input type="checkbox"/> 患者個人情報メモ欄入力 <input type="checkbox"/> 医療券あり <input type="checkbox"/> 医療券なし <input type="checkbox"/> 医療券発行依頼	①                      ②



👉 ご家族それぞれにアレルギーがあるか教えてください。

本人に○を↓	父	なし	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 動物アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ( ) ・ わからない
	母	なし	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 動物アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ( ) ・ わからない
	第1子 ( 歳)	男・女 なし	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 動物アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ( ) ・ わからない
	第2子 ( 歳)	男・女 なし	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 動物アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ( ) ・ わからない
	第3子 ( 歳)	男・女 なし	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 動物アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ( ) ・ わからない
	第4子 ( 歳)	男・女 なし	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 動物アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ( ) ・ わからない
	第5子 ( 歳)	男・女 なし	喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 動物アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ( ) ・ わからない

生活環境について教えてください。

👉 同居の方でタバコを吸う方はいますか？

いない ・ いる → 祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ その他：

👉 ペットを飼っている、または身近にいますか？

いない ・ いる → 犬 ・ 猫 ・ ハムスター ・ うさぎ ・ 鳥 ・ その他：

👉 じゅうたんを敷いていますか？

はい ・ いいえ

👉 ぬいぐるみは多いですか？

はい ・ いいえ

👉 お風呂やシャワーに入る頻度はどれくらいですか？

毎日 ・ 入らない日もある

👉 お風呂やシャワーで石けんやボディーソープを使いますか？

はい ・ いいえ

👉 気になる症状について教えてください。

(いつ、どこで、どんな症状、病院にかかったかなどありましたら具体的に記入してください。)