

診療申込書 兼 問診票 中林病院 (新患・再来)	
フリガナ 氏名	〒() 住所 男 女 TEL ()
生年月日 大正・平成 昭和・令和 年 月 日	自宅以外の連絡先 TEL ()
本日はどうされたのですか。症状を記入して下さい。 紹介状 (あり・なし) ()	
下記の質問についてお答え下さい。(該当する場合は○で囲んでください)	
1. 現在までに次の病気にかかったことがある人は、次の病名番号を○で囲んでください。 ①胃腸病 ②肝臓病 ③糖尿病 ④腎臓病 ⑤高血圧 ⑥心臓病 ⑦脳卒中 ⑧泌尿器科疾患 ⑨喘息 ⑩結核 ⑪血液病 ⑫耳鼻科疾患 ⑬皮膚科 ⑭神経症 ⑮婦人科疾患 ⑯その他 () ⑰何もありません	
2. 手術や大きなケガ、重い病気をしたことがありますか。 病名がわかれば記入して下さい。()	はい・いいえ
3. 注射や薬で異常が起こったことがありますか。 薬の名前(アスピリン・ピリン系剤・サルファ剤・ペニシリン・造影剤) 薬品名()	はい・いいえ
4. 皮膚が特にかぶれやすい。	はい・いいえ
5. 食べ物でじんましんを起こしたことがありますか。()	はい・いいえ
6. けいれんを起こしやすい体質ですか。	はい・いいえ
7. 胃が特に弱いですか。	はい・いいえ
8. 今現在、他の病院(医院)へ通院されていますか。() 服用中の薬があれば記入して下さい。 ()	はい・いいえ
(女性の方へ)	
※現在妊娠中ですか。	はい・いいえ
※現在生理中ですか。	はい・いいえ
その他特記事項があれば記入して下さい。	
□アレルギー有無入力	