診療申込書

年　月　日

ふりがな

患者氏名　　男　女

生年月日　大正・昭和・平成・令和　年　月　日(　才)

自宅住所【マンション・アパート名などもご記入ください】
（〒　－　）

都 県　市 区
道 府　町 村　丁目　番　号

建物・マンション名等：

携帯 TEL：　(　)　【緊急連絡先として必ずご記入お願いします】
TEL：

会社名　TEL　(　)

身長　cm　体重　kg

※本日のご症状を、ご記入下さい

※以下の病気にかかった事のある人は,○を付けて下さい。

1　糖尿病・高脂血症・高血圧
2　肺・気管支の病気（結核・喘息・慢性気管支炎・肺気腫など）
3　甲状腺の病気
4　心臓の病気（狭心症・不整脈・心不全・頻脈動悸・心筋梗塞など）
5　胃・十二指腸の病気（胃炎・胃潰瘍・十二指腸炎・十二指腸潰瘍など）
6　肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など）
7　膵臓の病気
8　脳血管の病気（脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など）
9　悪性腫瘍
10　皮膚病（慢性痒疹・帯状疱疹・蕁麻疹など）

□　特になし　(当てはまる病気がなければこちらにチェックして下さい)

※以下の質問にお答え下さい。

☆薬・注射のアレルギー（発疹・気分不快など）はありますか　はい・いいえ
　はいの場合（お薬の名前：　）

☆他院に通院中ですか　通院中（内・外・整形・皮膚・小児・その他）・いいえ

☆お薬を飲んでいますか　はい・いいえ
　はいの場合（お薬の名前：　）

☆お酒を飲みますか　はい（1 週間で　日程度、飲酒歴　年）・いいえ
☆喫煙をしますか　はい（1 日で　本、喫煙歴　年）・いいえ
☆妊娠していますか　している（　ヵ月）・していない　・現在授乳中

※ こちらのクリニックを何で知られましたか

□ ポスティングチラシ　□ SNS・インターネット検索　□ 当院ホームページ　□ 看板等広告
□ 家族・友人知人の紹介　□ 役所・保健所の紹介　□ 他院からの紹介
□ 家（職場）から近い　□　その他（　）