

診療申込書

年 月 日

ふりがな	
患者様氏名	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 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
※本日の症状・医師へ相談したいことを、ご記入下さい	
※以下の病気にかかった、若しくは現在治療中、又は健診等で指摘されたことがある人は、○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） <input type="checkbox"/> 特になし（当てはまる病気・指摘されたことが無い場合は、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 いいえ ・ はい（お薬の名前： _____）	
☆他院に通院中ですか いいえ ・ はい（内・外・整形・皮膚・小児・その他： _____）	
☆お薬を飲んでいますか いいえ ・ はい（お薬の名前： _____）	
☆お酒を飲みますか いいえ ・ はい（1週間で _____ 日程度、飲酒歴 _____ 年）	
☆喫煙をしますか いいえ ・ はい（1日で _____ 本、喫煙歴 _____ 年）	
☆妊娠していますか いいえ ・ はい（ _____ カ月） ・ その可能性がある	
☆現在授乳中ですか いいえ ・ はい	
※ こちらのクリニックを何で知られましたか <input type="checkbox"/> ポスティングチラシ <input type="checkbox"/> SNS・インターネット検索 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 看板等広告 <input type="checkbox"/> 家族・友人知人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所・保健所の紹介 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 家（職場）から近い <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	