

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 丁目 番 号 道府 町村 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をお願いします】
TEL :	
会社名	TEL ()
身長	cm 体重 kg
※本日のご症状を、ご記入下さい	
<p>※以下の病気にかかった事のある人は、○を付けて下さい。</p> <p>1 糖尿病・高脂血症・高血圧</p> <p>2 肺・気管支の病気（結核・喘息・慢性気管支炎・肺気腫など）</p> <p>3 甲状腺の病気</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>6 肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など）</p> <p>7 膵臓の病気</p> <p>8 脳血管の病気（脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など）</p> <p>9 悪性腫瘍</p> <p>10 皮膚病（慢性痒疹・带状疱疹・蕁麻疹など）</p> <p><input type="checkbox"/> 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）</p>	
<p>※以下の質問にお答え下さい。</p> <p>☆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：)</p> <p>☆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</p> <p>☆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：)</p> <p>☆お酒を飲みますか はい（1週間で 日程度、飲酒歴 年）・いいえ</p> <p>☆喫煙をしますか はい（1日で 本、喫煙歴 年）・いいえ</p> <p>☆妊娠していますか している（ カ月）・していない ・現在授乳中</p>	
<p>※ こちらのクリニックを何で知られましたか</p> <p><input type="checkbox"/> チラシ・パンフレット・広報誌 <input type="checkbox"/> SNS(LINE・インスタグラム) <input type="checkbox"/> 看板等広告</p> <p><input type="checkbox"/> インターネット(ホームページ) <input type="checkbox"/> 家族・友人知人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所・保健所の紹介</p> <p><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 ()</p>	