

♪♪はじめて来院された方へ♪♪ 新高円寺駅前クリニック 診療申込書 (大人用)

平成 年 月 日

ふりがな	
患者氏名 (Name)	
	男 女
生年月日 (Date of Birth)	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 才)
自宅住所 (Address) 〒	Tel ( )
	携帯電話 ( )
Eメールアドレス _____ @ _____	
メール配信にて健診、予防接種、混雑具合等のクリニック情報	必要 ・ 不必要
会社名	Tel ( )
身長 _____ cm	体重 _____ kg
※本日の症状を、ご記入下さい。(What's the matter with you?)	
<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・胆のう・膵臓の病気 (肝炎・肝硬変・脂肪肝など)</p> <p>7 脳血管の病気 (脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など)</p> <p>8 悪性腫瘍</p> <p>9 皮膚病 (慢性痒疹・帯状疱疹・蕁麻疹など)</p>	
<p>※以下の質問にお答え下さい。</p> <p>☆他院に通院中ですか? (はい・いいえ)</p> <p>はいの場合 (通院中: 内・外・整形・皮膚・小児・その他 _____ )</p> <p>☆お薬を飲んでいますか? (はい・いいえ)</p> <p>はいの場合 (お薬の名前: _____ )</p> <p>☆薬・注射のアレルギー (発疹・気分不快など) がありますか? (はい・いいえ)</p> <p>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 (はい ( _____ カ月) ・ いいえ)</p>	
<p>※本日特に医師に質問されたいことがございましたら、ご記入ください。</p>	