西葛西わんぱくクリニック　診療申込書

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな

患者氏名　　男　　女

生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日(　　才)

自宅住所　〒

都　道　　区
府　県　　市　群

自宅 TEL：　　(　　)　　携帯 TEL：　　(　　)

会社名　　TEL　　(　　)

身長　　cm　　体重　　kg

※薬を処方する際に必要です。必ずご記入ください。

※本日のご症状を、ご記入下さい

その症状はいつから始まりましたか？(　　から)

※以下の病気にかかった事のある人は、〇を付けて下さい。

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（当てはまるご病気がなければこちらにチェックしてください）

※薬や注射でアレルギー反応（発疹・気分不快など）をおこした事がありますか？

□ない　□ある（薬剤名：　　）

※他院に通院中ですか？

□通院中（内科・外科・整形外科・皮膚科・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？

□駅構内看板　□クリニック看板　□電柱看板　□バス音声　□駅前地図
□役所・保健所からの紹介　□友人・知人の紹介　□家から近い　□家族がかかっている
□他院からの紹介　□当院ホームページ　□グーグル　□ヤフー　□病院検索サイト
□ひまわり（東京都医療機関案内サービス）　□その他の検索サイト　□その他

相談機関を受けている方は、必ずご記入ください。

生活保護の方（　　）福祉事務所　担当者（　　）TEL：　(　　)
介護保険利用中の方　担当ケアマネージャー（　　）TEL：　(　　)

※生活保護の方は、今月中に医療券を郵送して頂けるよう担当者にお伝えください。