

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 町 村 丁目 番 号 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													
<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> <ol style="list-style-type: none"> 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） <p style="text-align: center;"><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> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ポスティングチラシ</td> <td><input type="checkbox"/> SNS・インターネット検索</td> <td><input type="checkbox"/> 当院ホームページ</td> <td><input type="checkbox"/> 看板等広告</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 家族・友人知人の紹介</td> <td><input type="checkbox"/> 役所・保健所の紹介</td> <td><input type="checkbox"/> 他院からの紹介</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 家（職場）から近い</td> <td><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<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（ _____ ）		
<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（ _____ ）												