

瑞江総合クリニック 診療申込書

令和 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 〒

Tel ()

会社名 Tel ()

身長 cm 体重 kg

※本日のご症状を、ご記入下さい

※以下の病気にかかった事のある人は、○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）

特になし ※当てはまる病気がなければこちらにチェック

※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 はい・いいえ
 はいの場合（お薬の名前：)

☆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

☆お薬を飲んでいませんか はい・いいえ
 はいの場合（お薬の名前：)

☆お薬手帳はお持ちですか はい・いいえ

☆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（ カ月）・していない・授乳中

※こちらのクリニックを何で知られましたか

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）
その他検索サイト 当院ホームページ クリニック前看板
知人からの紹介(口こみ) 家族がかかっている 他院からの紹介
家(職場)から近い バス車内音声 その他()