

東小岩げんきクリニック 診療申込書 (成人用・13歳以上)

平成 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 〒	
	TEL ()
Eメールアドレス	@
メール配信にて健診、予防接種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>※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</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"/> インターネット情報(病院検索サイトなど) <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 電柱</p> <p><input type="checkbox"/> 広告・看板(→) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(口こみ) <input type="checkbox"/> 家族がかかっている</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>	