

診療申込書

初診日 年 月 日

No. _____

フリガナ		生年月日	大・昭・平
お名前	男・女		年 月 日(才 ヶ月)
フリガナ		電話番号	
住所	〒	携帯電話	

①本日はどうなさいましたか？ ※お子様が受診の場合：体重()kg
 [いつから] [症状]
 (体温 °C)

②現在治療中の疾患、また、服用中のお薬はありますか。

いいえ はい 病名 ()
 服用中のお薬 ()

③既往歴(過去にかかった疾患)はありますか。

いいえ はい 病名 ()
 ※治癒 年 月ごろ

④今まで手術をしたことはありますか。

いいえ はい いつ頃 () どんな手術 ()
 ※輸血をしたことが ある・ない

⑤ご家族の既往歴はありますか。

いいえ はい どなたが (父・母・祖父・祖母・息子・娘)
 疾患名 (高血圧・糖尿病・心臓病・ガン)

⑥お薬や食べ物にアレルギーはありますか。

いいえ はい お薬 () 症状 ()
 食べ物 () 症状 ()

⑦女性の方にお伺いします。

・現在、妊娠の可能性はありますか？
 いいえ はい 出産予定日(年 月 日)
 ・現在授乳中ですか？
 いいえ はい

《アンケートのご協力をお願い致します》

どのようにして、当クリニックをお知りになりましたか？

- ① インターネット(ホームページ・検索サイト) ② クリニック前看板 ③ 家が近い
 ④ 会社が近い ⑤ 紹介(他医療機関から・家族から・友人から)
 ⑥ その他()