

成人用診療申込書（16歳以上）

ID				日付			
フリガナ ご氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)				
〒 □□□-□□□□		電話番号：連絡する順にお書きください。					
ご住所		1) 自宅・携帯(続柄) 2) 自宅・携帯(続柄)					
ご職業	身長	cm	体重	kg			

1. 今までに他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか。 (いいえ ・ はい)

「はい」の方のみ、ご自分があてはまる病名に○印を、その他は記入してください。

高血圧(才から) 高脂血症(才から) 糖尿病(才から) 脳梗塞(才から)

脳出血(才から) 心臓病(才から) 肝臓病(才から) 腎臓病(才から)

胃潰瘍(才から) 喘息(才から) 花粉症(才から) 緑内障(才から)

前立腺肥大(才から) [] 癌(才から) 食物アレルギー (食品名:)

その他の病気 (病名)

入院治療を受けた病気 ()

2. 今まで注射や薬で副作用(ショック、発疹、気分不良)がありましたか。

いいえ ・ はい (薬品名 不明)

3. たばこは吸いますか。 (吸わない 1日 []本吸う 以前は吸っていた)

4. ご両親・ご兄弟で以下の病気の方がいらっしゃれば○をつけてご関係をご記入ください。

生活習慣病 (高血圧・高脂血症・糖尿病) 関係:

脳の病気 (片頭痛・脳梗塞・脳出血・認知症) 関係:

心臓の病気 (狭心症・心筋梗塞・不整脈) 関係:

アレルギー (喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎) 関係:

精神疾患 関係:

その他遺伝性疾患 関係:

5. お薬の希望 (できるだけ院内処方で 院外処方希望)

6. お薬手帳はお持ちですか? (ある ・ ない)

※お持ちの方は受付へご提出下さい。お持ちでない方へ院内処方をする場合は、お薬手帳を発行致します。

7. お薬手帳への記載を希望されない方は、右記 () に○を付けてください。 ()

8. 当クリニックに受診されたきっかけをお聞かせ下さい。

※④看板を選んでいただいた場合は、看板の設置場所に○を付けてください。

①家族 ②知人 ③ネット・HP ④看板(クリニック横・歩道橋下交差点・パティ西側・掛川スーパー・ピアゴ前)

⑤近所・通りがかり ⑥他院紹介 () ⑦磐田病院で院長の外来に通院していた

⑧グーグル検索 ⑨ヤフー検索 ⑩病院ナビ ⑪ その他検索

⑫ その他 ()

ご記載の内容は診療目的でのみ利用させていただきます。