

# 篠崎駅前にここクリニック 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 年 月 日( 才)
自宅住所 〒	都 道 区 府 県 市 群
自宅 TEL :	( ) 携帯 TEL : ( )
会社名	TEL ( )
身長	cm 体重 kg
※薬を処方する際に必要です。必ずご記入ください。	
※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 脾臓の病気 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（当てはまるご病気がなければこちらにチェックしてください）	
※薬や注射でアレルギー反応（発疹・気分不快など）をおこした事がありますか？	
□ない □ある（薬剤名： )	
※他院に通院中ですか？	
□通院中（内科・外科・整形外科・皮膚科・その他） □いいえ	
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： )	
※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 □現在授乳中	
※ こちらのクリニックを何で知られましたか？	
<input type="checkbox"/> 駅構内看板 <input type="checkbox"/> クリニック看板 <input type="checkbox"/> 電柱看板 <input type="checkbox"/> バス音声 <input type="checkbox"/> 駅前地図 <input type="checkbox"/> 役所・保健所からの紹介 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 家族がかかっている <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> グーグル <input type="checkbox"/> ヤフー <input type="checkbox"/> 病院検索サイト <input type="checkbox"/> ひまわり（東京都医療機関案内サービス） <input type="checkbox"/> その他の検索サイト <input type="checkbox"/> その他	
相談機関を受けている方は、必ずご記入ください。	
生活保護の方（ ）福祉事務所 担当者（ ）TEL：（ ）	
介護保険利用中の方 担当ケアマネージャー（ ）TEL：（ ）	
※生活保護の方は、今月中に医療券を郵送して頂けるよう担当者にお伝えください。	