

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)		
〒□□□□—□□□□ ご住所	電話番号：連絡する順にお書きください 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気に○印を、その他は記入してください。

高血圧 (歳から) 高脂血症 (歳から) 糖尿病 (歳から) 脳梗塞 (歳から)
 脳出血 (歳から) 心臓病 (歳から) 肝臓病 (歳から) 腎臓病 (歳から)
 胃潰瘍 (歳から) 喘息 (歳から) 花粉症 (歳から) 緑内障 (歳から)
 前立腺肥大 (歳から) []がん (歳から) 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)

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にください。

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. お薬手帳はお持ちですか?(ある ・ ない)

※お持ちの方は受付にご提出ください。

6. 当クリニックへ受診されたきっかけをお聞かせ下さい

- ①家族 ②知人 ③ネット・ホームページ ④看板
 ⑤近所・通りがかり ⑥他院紹介 ⑦他の病院の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のみ利用させていただきます

あまが台ファミリークリニック