

診療申込書 おとな 16歳以上

ID: \_\_\_\_\_ 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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. 現在治療中の病気、または過去に他院にて診察を受けたことがある ( 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 がん ( 歳から)    食物アレルギー (食品名:    )  
 その他の病気 (病名    )

現在飲んでいる薬はありますか？あれば下記に教えてください。薬手帳があれば記載不要です。

(    )

入院治療を受けた病気はありますか？もしあればいつどんな病気だったか具体的に教えてください。

(    )

2. 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。



3. 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    )

4. 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 )

5. ご両親ご兄弟で以下の病気の方がいれば下記に○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:

6. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ (いいえ、はい [    ] ヶ月)

授乳中ですか？ (いいえ、はい)

7. 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



内科

小児科

皮膚科

糖尿病内科

あまが台ファミリークリニック