

新小岩わんぱくクリニック 診療申込書 (大人用)

平成 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	〒
郵便やメールでのお知らせ希望	TEL () あり・なし
Eメールアドレス	@
会社名	TEL ()
身長	cm 体重 kg
※本日のご症状を、ご記入下さい	
<p>※以下の病気にかかった事のある人は、○を付けて下さい。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 膵臓の病気 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) 	
<p>※以下の質問にお答え下さい。</p> <p>☆薬・注射のアレルギー(発疹・気分不快など)はありますか はい・いいえ はいの場合(お薬の名前:)</p> <p>☆他院に通院中ですか 通院中(内・外・整形・皮膚・小児・その他)・いいえ</p> <p>☆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:)</p> <p>☆お酒を飲みますか はい(1週間で 日程度、飲酒歴 年)・いいえ</p> <p>☆喫煙をしますか はい(1日で 本、喫煙歴 年)・いいえ</p> <p>☆妊娠していますか している(カ月)・していない</p>	
<p>※ こちらのクリニックを何で知られましたか</p> <p><input type="checkbox"/> 広告・チラシ・看板 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット</p> <p><input type="checkbox"/> 役所・保健所からの紹介</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	