

新小岩さくらクリニック診療申込用紙

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
自宅住所 〒	
連絡先 自宅 ()	携帯 ()
メールアドレス: @	
※こちらのクリニックを何で知られましたか 1 インターネット情報サイト 2 当院ホームページ 3 知人からの紹介 4 看板広告 (駅構内・クリニック看板) 5 家族かかりつけ 6 他院からの紹介 7 家 (職場) から近い 8 折込みチラシ	

本日の来院理由は何ですか。

- 1 婦人系 2 泌尿器科系 3 皮膚系
 4 その他の相談 ()

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか：あり・なし

ありの場合：病名 _____、年齢 _____ 歳
 病名 _____、年齢 _____ 歳
 病名 _____、年齢 _____ 歳

現在のんでいるお薬はありますか：あり・なし

ありの場合：薬名 _____、量 _____
 薬名 _____、量 _____
 薬名 _____、量 _____
 薬名 _____、量 _____

お薬や食べ物のアレルギーはありますか：あり・なし

ありの場合：何のアレルギーですか

1 婦人系に記入された方へ

最終月経： 月 日から 日間 閉経 _____ 歳

妊娠・出産歴はありますか：あり・なし

ありの方：妊娠 _____ 回、出産 _____ 回 (自然分娩 _____ 回、帝王切開 _____ 回)
 流産 _____ 回、中絶 _____ 回、子宮外妊娠 _____ 回、死産 _____ 回

未婚・既婚 (結婚 _____ 歳) ・離婚 (離婚 _____ 歳) ・同棲中・婚約中

家族構成：一人暮らし・家族 _____ 人と一緒