

# 新小岩駅前総合クリニック 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 〒	
	TEL ( )
Eメールアドレス	@
メール配信にて健診、予防接種等のクリニック情報	必要 ・ 不要
会社名	TEL ( )
身長 cm	体重 kg
<b>※本日のご症状を、ご記入下さい</b>	
<p>※以下の病気にかかった事のある人は、病名に○を付けて下さい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 糖尿病・高脂血症・高血圧</li> <li>2 肺・気管支の病気（結核・喘息・慢性気管支炎など）</li> <li>3 甲状腺の病気</li> <li>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）</li> <li>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）</li> <li>6 肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など）</li> <li>7 膵臓の病気</li> <li>8 脳血管の病気（脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など）</li> <li>9 悪性腫瘍</li> <li>10 皮膚病（慢性痒疹・帯状疱疹・蕁麻疹など）</li> </ol>	
<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>☆喫煙をしますか はい（1日で _____ 本、喫煙歴 _____ 年）・いいえ</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>☆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                       <input type="checkbox"/> 駅構内看板                       <input type="checkbox"/> バス音声  <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"/> インターネット  <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）                 </p>	