

診療申込書

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日			年齢
氏名		男 女	T S H R	年	月	日 歳
住所	〒					
自宅電話番号			携帯 または ご自宅以外の連絡先・名称			
() -			() - 連絡先名称			
ご職業			メールアドレス			

1) 本日の受診理由（症状）をお聞かせください

2) ふだん食事を作るのはどなたですか？ ご自身 ・ 配偶者 ・ その他（
 外食の機会はありますか？ あり ・ なし（頻度： 回/月）

3) 現在の身長（ cm） 体重（ kg）
 20歳時体重（ kg） これまでの最高体重（ 歳時 kg）
 最近 …… 太った（ kg 増） ・ やせた（ kg 減） ・ 変わらない

4) 飲酒 …… 飲まない ・ 飲む（何をどれくらい： ・ 週 回）
 たばこ …… 吸わない ・ 吸う（ 本/日） ・ 吸っていた（ 年前まで 本/日・年間）

5) これまでに次の病気にかかったことはありますか？
 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 甲状腺疾患 ・ 痛風 ・ その他（

6) ご家族で次の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか？
 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 甲状腺疾患 ・ 痛風 ・ その他（
 ご家族のどなた（ ）

7) 服用中のお薬はありますか？ …… ない ・ ある（お薬の名前：

8) 薬や食べ物にアレルギーがありますか？ …… ない ・ ある（

9) 女性の方のみ

- ・ 生理は …… 規則的 ・ 不規則 ・ 閉経した
- ・ 最終月経は …… 年 月 日ごろ
- ・ 妊娠中に …… 高血圧 ・ 浮腫 ・ たん白尿 があった
- ・ お子さんはいらっしゃいますか？ …… いない ・ いる（ 名）

10) 普段お掛かりの医療機関から当クリニックをご紹介いただきましたか？

いいえ ・ はい（ご紹介元の医療機関名称：

11) 「いいえ」と回答された方にお尋ねします。当クリニックをお知りになったきっかけは？

- ・ ご紹介 …… 薬局 ・ 家族 ・ 知人（*差し支えなければお名前をご記入ください）
- ・ ご紹介以外 …… 広告（駅/バス/地下鉄） ・ 地下鉄アナウンス ・ インターネット ・ パンフレット
 雑誌 ・ その他（記入例 / タウンページ・看板など）