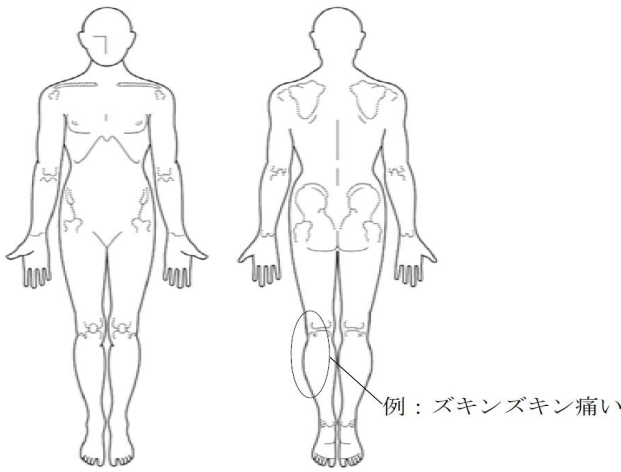


診療申込書

受診日 年 月 日

フリガナ	性別	ご住所 〒		
お名前	男・女			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	自宅電話番号	ご職業	
	年 月 日(才)	携帯番号	会社員 / 大学生 / 高校生 小中学生 / 主婦 / 無職 パート・アルバイト / その他()	
ご希望の受診科 (内科・消化器科・リウマチ、膠原病内科・整形外科・耳鼻咽喉科・その他)				
交通事故・労災の方は受付までお申し出ください。(交通事故・労災)				
いつ頃から症状が出ていますか？			体温	
どんな症状でご来院でしょうか？				
		正面	背面	
				
食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください。				
他の病院でかかっているご病気があればご記入ください。				
処方されているお薬があればお書きください。(お薬手帳など診察前にお見せください)				
喫煙と飲酒についてお尋ねします。【喫煙】 本/日 【飲酒】 を 杯/日・杯/週				
■女性の方のみお答えください。現在、妊娠中ですか(いいえ・はい 週・不明)最終月経(月 日				
■女性の方のみお答えください。現在、授乳中ですか(いいえ・はい)				
定期健康診断を受けていますか はい (最終 年 月頃) いいえ				
ご来院きっかけについてお聞かせください。				
1.家の近くで見て 2.会社の近くで見て 3.学校の近くで見て 4.インターネットを見て 5.駅の広告を見て 6.新聞雑誌を見て 7.ご家族からの紹介 8.知人からの紹介 9.タウンページを見て 10.病院からの紹介 11.学校からの紹介 12.セミナー 13.その他()				

ご記入して頂いた情報は、診療行為以外の目的には使用いたしませんので、ご安心ください。
ご協力ありがとうございました。

医療法人社団なかよし会 日吉メディカルクリニック