

篠崎駅前こここクリニック 診療申込書

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 〒 都道府県 区市群
自宅 TEL : () 携帯 TEL : ()
会社名 Tel ()
身長 cm 体重 kg
※薬を処方する際に必要です。必ずご記入ください。
※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><input type="checkbox"/>特になし（当てはまるご病気がなければこちらにチェックしてください）</p>
<p>★以下の質問にすべてお答え下さい。</p> <p style="color: red;">※薬や注射でアレルギー反応（発疹・気分不快など）をおこした事がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（薬剤名：)</p> <p>※他院に通院中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>通院中（内科・外科・整形外科・皮膚科・その他） <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="color: red;">お薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合（お薬の名前：)</p> <p>※お酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/>はい（1週間で 日程度、飲酒歴 年） <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>※喫煙をしますか？ <input type="checkbox"/>はい（1日で 本、喫煙歴 年） <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>※妊娠していますか？ <input type="checkbox"/>している（ カ月） <input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>現在授乳中</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"/>駅構内看板 <input type="checkbox"/>電柱看板 <input type="checkbox"/>バス音声 <input type="checkbox"/>駅前地図 <input type="checkbox"/>友人・知人の紹介</p> <p><input type="checkbox"/>役所・保健所からの紹介 <input type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>当院ホームページ <input type="checkbox"/>家から近い</p>
<p>相談機関を受けている方は、必ずご記入ください。</p> <p>生活保護の方 () 福祉事務所 担当者 () TEL : ()</p> <p>介護保険利用中の方 担当ケアマネージャー () TEL : ()</p> <p style="color: red;">※生活保護の方は、今月中に医療券を当クリニック宛に郵送して頂けるよう担当者にお伝えしてください。</p>