診　察　申　込　書

記入日　　年　　月　　日

ふりがな	年齢		生　年　月　日
	歳	男 女	明　昭 大　平　　年　　月　　日生

住　所
〒　　-

自宅電話番号	携帯電話あるいは自宅以外の連絡先	身　長・体　重
-　　-	-　　-	（　　）cm・（　　）kg

①本日来院された理由をお聞かせください

いつから　　どうされましたか

・体質改善したい　・将来に向けて体を見直したい　・禁煙をしたい　・栄養指導をうけたい

②これまでにかかった病気をお書きください

なし

才の時

才の時

才の時

例）
20才　虫垂炎
40才　高血圧・脂質異常
50才　緑内障
52才　前立腺肥大

③服用中のお薬はありますか（漢方薬・健康食品なども含めて）

ない　　ある

薬の名前：

④薬や食べ物にアレルギーはありますか

ない　　ある（内容：　　）

⑤飲酒についてお聞きします

飲まない　　飲む（1日平均　　）

⑥喫煙についてお聞きします

吸わない　　吸う（1日　　本）喫煙歴　　年

⑦【女性の方のみ】妊娠中や妊娠の可能性、また授乳中ではありませんか

いいえ　　はい（妊娠中　　妊娠の可能性有　　授乳中　）

⑧当院からご連絡をさせていただく場合、「連絡方法」をお選びください

自宅☎　　携帯📱　　家族への連絡は（可　・　否）

*当クリニックを何でお知りになりましたか

新内科かかりつけ　・看板　・　チラシ　・　病院検索サイト　・　ご近所　・　電話帳

ホームページ　・　facebook　・　ブログ　・その他（　　）

ご紹介の方がいらっしゃいましたらお書きください　（　　様）より

ご協力ありがとうございました。個人情報は、厳守いたします