

# 府中駅前クリニック 診療申込書

令和 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	〒
自宅Tel ( )	携帯Tel ( )
勤務先・学校名	TEL ( )
身長 cm	体重 kg
※本日のご症状を、ご記入下さい	
※治療中、または持病はありますか？ はい・いいえ はいの場合は下記に○を付けて下さい。 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） 11 泌尿器の病気（前立腺肥大など） 12 眼の病気（白内障・緑内障など） 13 その他 ( )	
☆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： ) ☆他院に通院中ですか？ はい（内・外・整形・皮膚・小児・その他 )・いいえ ☆お薬を飲んでいますか？ はい（ □お薬手帳持参 )・いいえ はいの場合（お薬の名前： ) ☆お酒を飲みますか？ はい（1週間で 日程度、飲酒歴 年）・いいえ ☆喫煙をしますか？ はい（1日で 本、喫煙歴 年）・いいえ ☆女性の方はお答え下さい。 妊娠していますか？ はい（ カ月）・いいえ 授乳中ですか？ はい（ カ月）・いいえ	
※こちらのクリニックを何で知られましたか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> クリニック看板 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家族が通院中・かかったことがある <input type="checkbox"/> グーグル（Google） <input type="checkbox"/> ヤフー（Yahoo!） <input type="checkbox"/> 病院検索サイト <input type="checkbox"/> ひまわり（東京都医療機関案内サービス） <input type="checkbox"/> その他の検索サイト <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 家・職場・学校から近い <input type="checkbox"/> 役所からの紹介 <input type="checkbox"/> 駅構内看板 <input type="checkbox"/> バス音声 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )	