

ひふのクリニック人形町 診療申込書

フリガナ		性別	お子様の場合体重
お名前			kg
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
ご住所	〒 _____		
お電話	自宅： _____ / 携帯： _____		
お仕事		お勤め先	

● 下記に該当する場合は、○印をおつけ下さい。

- ① 熱がある ② 全身に発疹 ③ 痛みが強い ④ 血が止まらない ⑤ 今日のやけど

● 何かご不自由なことがありますか。

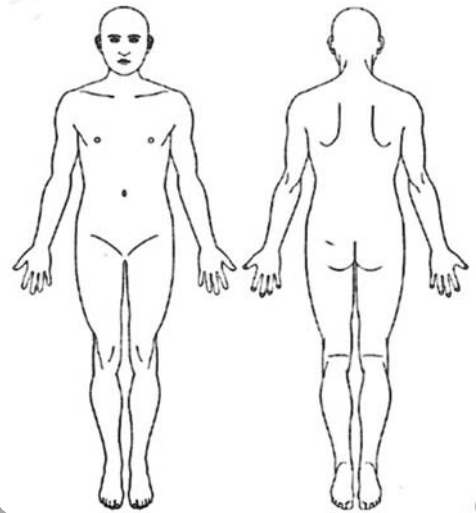
- ① 車椅子 ② 杖 ③ 難聴 ④ 視力低下 ⑤ 認知症 ⑥ ペースメーカー ⑦ その他

● 自覚症状： なし・かゆい・痛い・その他 _____

● いつ頃から： _____

● どのような病気と言われて／思われていますか：

病気の部位に○印をおつけ下さい。



● 過去の病気： _____

● 現在治療中の病気： _____

● 現在服用中のお薬： _____

● 薬剤アレルギー： なし・あり _____

● 局所麻酔でトラブル： なし・あり _____

● 妊娠, 授乳： なし・妊娠中 (_____ カ月) ・授乳中

● 今回当院を受診された動機をお教え下さい。

- ① 医師等からの紹介 ② 家族のすすめ ③ 知人のすすめ _____

- ④ ホームページを見て ⑤ 通院の便がよい ⑥ その他 _____

● 診察に当たってのご希望：