

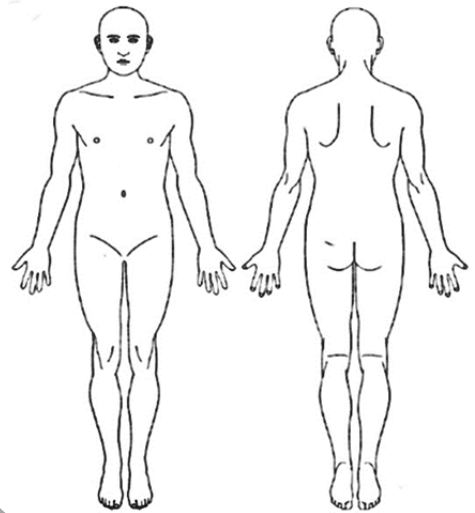
ひふのクリニック人形町 診療申込書

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・令和 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： _____