



ひふのクリニック人形町 診療申込書 (再初診)

前回受診から3か月以上たった方

健康保険の資格確認: 従来の保険証

マイナカード ➡ 薬剤情報・40歳以上の場合健診情報提供: 同意 同意しない

他医療機関からの紹介状: あり なし

★住所その他に変更が無ければお名前のご記入だけで結構です。

★前回とは別のご病気についての診察がある場合は●の該当項目にご記入ください。

フリガナ			性別	お子様の場合体重
お名前				kg
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	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 _____

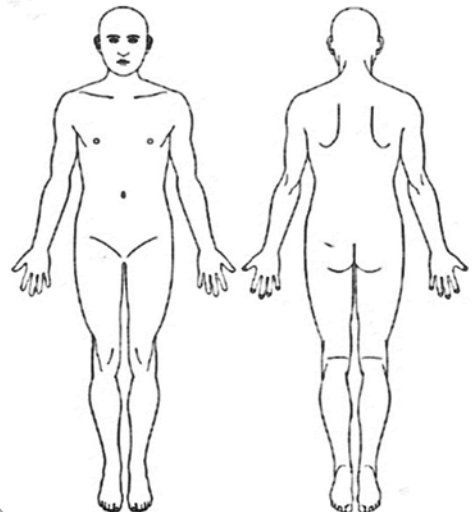
● いつ頃から: _____

● どのような病気と言われて/思われていますか: _____

● 過去の病気: _____

● 現在治療中の病気: _____

病気の部位に○印をおつけ下さい。



● 薬剤アレルギー: なし・あり _____

● 局所麻酔トラブル: なし・あり _____

● 妊娠, 授乳: なし・妊娠中(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: _____