診　療　申　込　書

駒込かせだクリニック

記入日　　年　　月　　日

(ふりがな)		生　年　月　日	男　女
お　名　前		明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	歳
住　　所	〒　　-		
電 話 番 号	自 宅	携 帯	
アレルギー有無	食べ物・薬　ある(具体的に：　　)・なし		
喫 煙 の 有 無	喫煙します(　1日約　　本、　　年前から)・喫煙しません		
飲 酒 の 有 無	飲酒します(1日の量：種類　　を　　ml・本)・飲酒しません		

● 過去に以下のような病気にかかったことがありますか？　あれば○で囲んでください。

高血圧・糖尿病・心臓病・高脂血症・脳の病気・肝臓病・腎臓病・胃／十二指腸潰瘍・喘息

緑内障(あり・なし)・前立腺肥大・甲状腺・その他(　　)

● 近親者の病歴はありますか？あればご記入ください。(例　父：糖尿病　など)

ある(　　)・なし

来院目的　□　相談・治療　□　転医希望　□　健診　□　診断書　□　介護申請

□　検査(具体的に↓)　□　注射・点滴

〔　　〕

持参書類　□　なし　□　紹介状　□　健診報告書　その他(　　)

病状　…　発症日　　月　　日から

□　痛み　…　□　あたま　□　のど　□　胸　□　おなか　その他(　　)

□ 発熱・倦怠感　□ 鼻水・鼻づまり　□ 咳・たん　□ 息苦しい　□ 下痢　□ 便秘　□ 皮膚のかゆみ

□　食欲低下　□　はきけ~嘔吐　□　動悸　□　むくみ　□　めまい・ふらつき　□　不眠　□　うつ

その他　〔　　〕

現在もっている病気 □　なし　□　あり　⇒	通院中の病気　□　内科　□　整形外科　□　耳鼻科　□　皮膚科　□　眼科 □　泌尿器科　□　心療内科・精神科　□　外科 その他~病院名〔　　〕 病名　□　高血圧　□　糖尿病　□　コレステロール・中性脂肪↑　□　尿酸↑ □　喘息　□　心疾患　□　不整脈　□　緑内障　□　前立腺肥大 □　癌　□ アトピー性皮膚炎　□ 精神疾患　□ 腎疾患　□ 骨粗鬆症 その他・具体的に　〔　　〕
現在飲んでいる薬~来院までに他でもらった薬 □　なし　□　あり　⇒	薬のなまえ　　お薬手帳を持参している方は記入不要です 〔　　〕
明細書・領収書の発行について お選びください	□ 簡易領収書(点数と金額のみ記載されたもの) □ 詳細領収書(上記以外に検査項目等も記載されたもの)