

ももはらクリニック 診察申込書 内科用

No. _____

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
お名前	男・女	明・大・昭・平・令	満 歳
		年 月 日生	
ご住所	〒 _____ TEL: _____ 職業: _____		

(下記に当てはまる所に記入してください)

■今日はどんな症状で来院されましたか。

■ED治療、AGA治療（保険外診療）を希望される方は○をしてください。

・ED治療を希望する ・AGA治療を希望する

■今日の体温（ ℃） 血圧 _____ 脈拍 _____
(当院にて計ります)

※15歳未満の方はご記入ください 体重（ Kg）

■現在、服用中の薬又は常備薬がありますか。

ない ある（ ）

■今までにかかった病気はありますか。

① 高血圧 ② 心臓病 ③ 肝臓病 ④ 糖尿病 ⑤ 高脂血症 ⑥ その他

■喘息や花粉症、じんましんなどのアレルギーがありますか。

ない ある（病名 ）

■薬や注射、検査などにより副作用やアレルギー反応が出て具合が悪くなったことがありますか。

ない ある（病名 ）

■成人の女性の方へ：現在妊娠されていますか。

いいえ はい わからない

■喫煙歴：現在吸っている ・ 過去に吸っていた（禁煙 _____ 年）

_____ 本/日 × _____ 年

■飲酒歴：一日あたり _____

■その他、希望事項がありましたらお書きください。

(例：検査をしてほしい、点滴をしてほしい等)

■どのようにして当院をお知りになりましたか？

チラシ、看板、知人やご家族のご紹介（ご紹介者： ）、
当院のホームページ、その他インターネット、電話帳、その他（ ）