

ももはらクリニック 診察申込書 内科用

No. \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
お名前	男・女	明・大・昭・平	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（      ）