診療申し込み書

ふりがな		性別	生年月日
ご氏名		男 女	大・昭・平・令 年　月　日(　　歳)
ご住所	〒　　－ TEL(　　)		※番地までお書きください
勤務先	勤務先名: ご住所: TEL(　　)		

○　どのようなことで受診されましたか？　具体的にご記入下さい。

○　いつからですか？

○　今までかかった病気の病名と、その時の年齢をご記入下さい。

歳	歳
歳	歳
歳	歳

○　現在服用されている薬がありましたら、薬剤の名前と用量をご記入下さい。

○　身長:　　cm　　○　体重:　　kg

○　お酒は飲みますか？　　飲まない・飲む(週　　日、内容:　　)

○　タバコは吸いますか？　　吸わない・吸う (　　歳から、1日　　本)

○　アレルギーはありますか？　ない・あり　　(内容:　　)

○　当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？

知人の紹介(　　)　　・医師の紹介(　　)

インターネット・NTTタウンページ・その他(　　)

＃ご協力ありがとうございました。

なお、検尿の検査がありますので、尿をしないでお待ちください。

—医療法人札幌会 岩澤クリニック—