

日本医科大学呼吸ケアクリニック診療申込書

赤枠 の箇所をボールペンで明確に記入して下さい。

申込日		年	月	日					
フリガナ				性別	生年月日				年齢
患者氏名	氏	名		1. 男 2. 女	1 大正 2 昭和 3 平成 4 令和				才
フリガナ									
住所	〒 <input type="text"/>		<input type="text"/>		都府 道県	郡区 市			
電話	()			お薬手帳 有・無	紹介 紹介元	有・無			
携帯	()					()			
メールアドレス：									
連絡 その他 先の	1. 勤務先		2. 呼出し		3. その他 ()				
	電話		()						

○ 個人情報の利用目的について

ご提供いただいた個人情報は「患者様へ提供する医療サービスのため」「医療保険事務」「管理運営業務」の目的にのみ利用されるものです。

連絡事項

※お知らせ・アンケート調査 可 ・ 否

入力者	確認者

初めて受診される方へ ID 氏名 記入日 年 月 日

・体温、血圧、体重を測定し、この用紙とともに受付にお渡しください。

・お薬手帳、検査結果、紹介状などをご持参の方は受付でご提示下さい。

身長 () cm 体重 () kg 体温 () °C

1、現在、どのような症状がありますか？どのようなことで受診されましたか？

セキ タン 息切れ ゼイゼイする 発熱 のどの痛み
喘息の発作 その他 ()

2、今までにかかった病気、けがについて教えてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 不整脈 脂質異常症（高脂血症）
慢性副鼻腔炎 小児喘息 その他 ()

3、常用薬がある方はご記入ください。

()

4、たばこを吸いますか？

吸う 1日 () 本 喫煙歴 () 年
吸っていたがやめた 1日 () 本 () 歳～() 歳まで
吸わない

5、飲酒の習慣はありますか？

ある () 日/週 () 種類 () 量 ()
ない

6、ご職業をご記入ください ()

7、粉じんの吸入歴はありますか？

はい どのような種類ですか？ ()
いいえ

8、アレルギーはありますか？

ある 食べ物 ()・薬 ()・その他 ()
ない

9、動物を飼育していますか？

はい 何を飼育されていますか？ ()
いいえ

10、女性の方にうかがいます。

○現在、ご妊娠されていますか？ はい いいえ
○現在、授乳中ですか？ はい いいえ

裏もご記入ください

