ID	

（令和 年度）

診　療　録

記入例

受診者	かな	しんばし　いちろう			
	氏名	新橋　一郎　様			
	生年月日	大・昭・(平)	11 年 1 月 5 日生（26 才）		(男)・女
	住所	〒 105 - 0004 東京都港区新橋３－１１－１ 海外在住			
	電話	03 - 5733 - 3581	携帯	090 - △△△△ - ▽▽▽▽	
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	shinbashi@ trustclinic.jp			
	勤務先名称	新橋トラストクリニック　電話　03 - 5733 - 3581			
	日本語	会話［可・一部可・不可］　読解［可・不可］			

太線枠内と*裏面の、希望の診察、症状等にお答え下さい。

＊片面印刷の場合は２枚目の「診療申込書」になります

▶

こちらには何も
記入しないで下さい

ID	

（令和 年度）

診　療　録

受診者	かな				
	氏名	様			
	生年月日	大・昭・平・令	年　月　日生（　才）		男・女
	住所	〒　- 海外在住			
	電話	-　-	携帯	-　-	
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	@			
	勤務先名称	電話　-　-			
	日本語	会話［可・一部可・不可］　読解［可・不可］			

太線枠内と裏面の、希望の診察、症状等にお答え下さい。

▶

診療申込書　　ID

診療希望の内容を○で囲んで下さい

・薬 (サプリを含む)の希望　　（　あり　・　なし　）
・注射 ･点滴の希望　　（　あり　・　なし　）
※プラセンタ希望の方は○を　　（　経験あり　・　なし　）
※プラセンタも含め注射、点滴におけるリスクをご了承頂けますか（　はい　・　いいえ　）
・サロンの説明の希望　　（　あり　・　なし　）

・花粉症　疲労　肝臓　更年期　ピル処方　ＥＤ　ＡＧＡ　にきび　アトピー
美白　美肌　髪　ビタミン剤処方　ダイエット　アンチエイジング
・サロン（　予約あり　・　なし　）
・その他来院理由
[　　]

胃は弱いですか　　[　いいえ　・　はい　]

薬や注射のアレルギーはありますか　[　いいえ　・　はい (　　)　]

採血、注射、点滴で気分が悪くなったことがありますか　[　いいえ　・　はい　]

以下の病気で治療中、または症状があれば○を付けて下さい

[Ｂ型肝炎　Ｃ型肝炎　脂肪肝　肝硬変
狭心症　不整脈　心筋梗塞　てんかん　　癌（ 部位　　）
慢性胃炎　胃潰瘍　十二指腸潰瘍　膵炎　便秘症　むくみ
甲状腺機能亢進症　甲状腺機能低下症　潰瘍性大腸炎]

[高血圧　腎性高血圧　ホルモン依存性高血圧
糖尿病　若年型糖尿病
高脂血症　家族性高コレステロール血症]

[気管支喘息　脳腫瘍　脳梗塞　下肢静脈瘤　乾癬　アトピー
花粉症　ヘルペス　感染症 (ＨＩＶなど)　掌蹠膿疱症]

以下の質問にお答え下さい

現在、コンタクトの使用　[　無　・　有　]　　喫煙　[　無　・　有　]
現在、ピルの服用　[　無　・　有　]　　緑内障　[　無　・　有　]
現在、妊娠及び授乳中の有無　[　無　・　有　→妊娠（　　ヶ月）]
※妊活中の方は必ず医師にお伝え下さい
現在、他院に通院中　[　無　・　有→病院名 (　　)]
現在、服用中の薬　[　無　・　有→薬剤名 (　　)]

当院をお知りになったのは、どの方法ですか

1. インターネット　2. ビルの看板　3. 紹介者氏名（　　）
4. 書籍（　　）　5. その他（　　）

ご記入が終わりましたら、受付までお持ち下さい