

(令和6年度)

診療録

記入例

ID

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(25才)	男
	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-
	メールアドレス	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

(令和6年度)

診療録

ID

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	- -
	メールアドレス	@		
	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 癌 (部位)
- 狭心症 不整脈 心筋梗塞 てんかん
- 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. ピルの看板 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