

登録情報

【黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けて下さい】

記入日:

. .

※は必ずご記入ください

氏名 ※ (漢字)	性別 ※ 男 ・ 女
※ (カナ)	職業
生年月日 ※ (西暦)	年 月 日
〒	(都道府県)

(アパート/マンション)

(電話番号)

(宛 名)

(カ ナ)

ご自宅の電話番号 ※	—	—	(ご連絡可能な時間帯 ※)
受信可能FAX番号	—	—	
携帯電話番号 本人・その他()	—	—	(ご連絡可能な時間帯)
優先連絡先 ※ (10時～19時の間)	自 宅 ・ 携 帯 ・ その他 ()		
その他の場合	(電話番号)	—	— ()
	(ご連絡可能な時間帯)		()

現在ご同居の家族構成を簡単にお書き下さい

連絡時の注意事項

*当クリニックを何で知りましたか？

該当箇所をチェック/○、及び詳細をご記入ください（複数可能）

- ご紹介（家族・知人）
- 書 籍
- 雑誌・新聞記事
- インターネット
- その他

ご紹介者名

 クリニックを利用中

書籍名

雑誌/新聞名など

ブログ/サイト名、検索語句など

電柱広告・消火栓広告・その他 ()

《治療について》※

皆さまのニーズに最適な診療をご提供できるよう、ご利用頂く主な目的・ご希望をお知らせ下さい。以下のうち、最も当てはまるものの番号に○を付けてください。

1. 通常のクリニックとしての診察を希望している。
2. カウンセリングを希望している。
3. 栄養療法を希望している。
4. ヒプノセラピー(催眠療法)を希望している。
5. わからない。医師に判断して欲しい。
6. その他 ()

***** 以下、クリニック使用欄 *****

備 考	I D

ヘルスケア

[黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けて下さい]

記入日:

. .

改善したい症状や病気

改善したい症状や病気を、簡単にお書き下さい。

症状 / 病名

発症時期 (年齢)

状況 (治療方法・現在の状態)

症状 / 病名

発症時期 (年齢)

状況 (治療方法・現在の状態)

既往歴 (ご本人)

症状 / 病名

時期 (年齢)

手術の有無

なし ・ あり

「あり」の場合

治療内容

症状 / 病名

時期 (年齢)

手術の有無

なし ・ あり

「あり」の場合

治療内容

既往歴 (ご家族)

○をしてください。()に続柄をご記入ください

脳卒中 : いない ・ いる ()

痛風 : いない ・ いる ()

高血圧 : いない ・ いる ()

肝臓病 : いない ・ いる ()

心疾患 : いない ・ いる ()

癌 : いない ・ いる ()

糖尿病 : いない ・ いる ()

精神疾患 : いない ・ いる ()

その他 : 疾患名 ()

続柄 ()

アレルギー

○をしてください。()に詳細をご記入ください

薬品アレルギー : なし ・ ある ()

食物・その他アレルギー : なし ・ ある ()

感染症の有無

○をしてください

HIV : なし ・ ある ・ わからない

B型肝炎 : なし ・ ある ・ わからない

C型肝炎 : なし ・ ある ・ わからない

その他 : なし ・ ある (疾患名:)

輸血経験

○をしてください

なし ・ ある (時期:)

ヘルスケアに関する宗教など

○をしてください

なし ・ ある ()