

ID番号

氏名 Name 性別 Sex 男 M 女 F  
ふりがな  
Katakana  
漢字  
Kanji Name  
Given Name  
Family Name  
Middle Name

生年月日 Birthday 西暦・大正 年 月 日  
昭和・平成 year Month Day

住所 Present Address 〒

電話番号

Telephone No.

メールアドレス E-mail address

## 診療申込書

### Clinic Registration Card

申込日 RegistrationDate 20 年 月 日  
year Month Day

国籍 Nationality

言語 Language 日本語口English

勤務先名称 Firm Name

勤務先住所 Firm Address 〒

勤務先電話 Firm Telephone No.

ここに記載された個人情報は、医療上の目的にのみ利用させていただきます。メールアドレスも同様に医療上緊急に連絡が必要な場合に利用いたしますが、御同意頂いた方には、定期的に有用な医療情報をお送りしております。ご同意いただける方はチェックしてください。

Your private data registered in this card are used only for your medical purpose. E-mail is also sent to you only when we need to contact with you regarding your medical problem. And, if you agree, we will send you useful medical information on various topics. Do you agree to receive medical information by E-mail ?

同意する Agree  同意しない Not agree

## 問診票 Check sheet

Q 1 薬剤アレルギーはありますか。   ない No  ある Yes  
Do you have any drug allergy.

アレルギーがあれば、その薬剤食物の具体的な名称と治療を受けた病院名をお知らせ下さい。  
If yes, give us the name of drug and nature of your allergy.

Q 2 食物や花粉などのアレルギーがありますか。あればお書き下さい。   ない No  ある Yes  
Do you have other allergy ( ex. foods, pollen, animal hair, house dust etc.)  
If yes, please write it down.

Q 3 以下に示す慢性疾患で治療を受けたことがあるか、現在も治療を続けているものがあればチェックしてください。  
Please check the box, if you have ever suffered from the following diseases or if you are now under treatment.

- ない None  結核 Tuberculosis  高血圧 Hypertension  腎臓病 Kidney disease  
  心臓病 Heart disease  肝臓病 Liver disease  糖尿病 Diabetes  喘息 Asthma  緑内障 Glaucoma  
  胃腸病 Gastro-Enteric disease  血液の病気 Blood disease  その他 Other disease

初診担当医師