## Æ 名 Name 性別Sex 男 M 女 F **Clinic Registration Card** ふりがな Katakana 孛 申认日 RegistrationDate 月 Month 年 20 Kanji Name vear Day Given Name 籍 Nationality 玉 言 語 Langagey Family Name 日本語口English 勤務先名称 Firm Name Middle Name 生年月日 Birthday 西暦·大正 年 月 $\Box$ 昭和·平成 Day vear Month Present Address 勤務先住所 Firm Address = 住 電話番号 Telephone No. 勒務先電話 Firm Telephone No. メールアドレス E-mail address 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 registrated 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 薬剤アレルギーはありますか。 Q 1 □ 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. Q2 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. 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. $\boxtimes$ □ ない None □ 高血圧 Hypertension □ 腎臓病 Kidney disease ☐ 結核 Tuberculosis $\boxtimes$ □ 心臓病 Heart disease □ 肝臓病 Liver disease □ 糖尿病 Diabetes □ 喘息 Asthma □ 緑内障 Glaucoma $\boxtimes$ □ 胃腸病Gastro-Enteric disease □ 血液の病気 Blood disease □ その他 Other disease

初診担当医師

ID番号

診療申込書