

ID:

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:	※ (カナ)	性別 ※	男・女
	※ (漢字)	職業	
生年月日	※ (西暦)	年	月 日
郵送物やリフト等の送付先	※ 〒	—	—
フリガナ:			
住所:			
アパート/マンション名:			
電話番号:	—	—	—
携帯電話番号 本人・その他()	※	—	— (ご連絡可能な時間帯 ※)
メールアドレス	※	@	
ご登録のアドレスはご予約確認連絡や当クリニックよりのお知らせにのみ使用させていただきます。			
メルマガ	登録いただいたアドレスへ、クリニックからのメールマガジンを配信してよろしいですか? はい/いいえ		
優先連絡先 (10時~18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? 該当箇所にチェック、および詳細をご記入ください

- | | | |
|--|-----------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ご紹介 | ご紹介者名: | <input type="checkbox"/> 当クリニックを利用中 |
| <input type="checkbox"/> 書籍 | 書籍名: | |
| <input type="checkbox"/> 雑誌・新聞記事 | 雑誌/新聞名など: | |
| <input type="checkbox"/> クリニックのホームページ | | |
| <input type="checkbox"/> クリニックのInstagram | | |
| <input type="checkbox"/> クリニックのTwitter | | |
| <input type="checkbox"/> 溝口医師のブログ | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

ID:

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（※必須）

・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

症状 / 病名

時期（年齢）

時期（年齢）

手術の有無

なし ・ あり

手術の有無

なし ・ あり

「あり」の場合

「あり」の場合

治療内容

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（