

みきクリニック宮崎 診療申込書（1）

（ふりがな）

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前

男・女

生年月日 明・大・昭・平

年

月

日

ご住所 〒

連絡先 ①

※①から連絡のつきやすい順にお書き下さい。

連絡先 ②

1つだけでもかまいません。

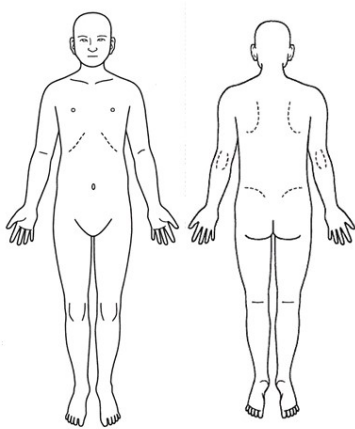
1. 本日はどうされましたか？

いつ頃からですか？

症状のある部位に○印をつけてください。

_____ 頃から

どのような症状ですか？



今までにかかった病気があればチェックして下さい

喘息

B型肝炎、C型肝炎

糖尿病

腎臓病

高血圧

脳卒中

心臓病

癌

その他(病名： _____)

2. 現在、治療中の病気はありますか？（通院中の方は病院名をご記入ください）

◎病名：

◎病院名

3. ご両親・ご兄弟に体質性の疾患（高血圧・糖尿病など）がありましたらご記入ください。

4. 該当する方に印をつけ、具体的にご記入ください。

服用中のお薬またはサプリメント… 有・無 → 薬の内容（ _____ ）

薬・注射の副作用…………… 有・無 → 薬の内容（ _____ ）

手術既往…………… 有・無 → 手術内容（ _____ ）

手術年（ _____ 年前）

輸血の既往…………… 有・無 → 目的（手術・外傷・他 _____ ）

アレルギー体質…………… 有・無 → 原因物質（ _____ ）

*次のページもご記入お願いします

みきクリニック宮崎 診療申込書（2）

※女性のみ

身長	c m
体重	k g

最近の生理開始	週間前
閉経年齢	歳
(妊娠中の場合)	週目
授乳中	はい ・ いいえ

●生活習慣

項目	当てはまるものにチェック
飲食 (1) 食事量 ・ 回数 (2) 間食(甘物・菓子・清涼飲料) 全般	<input type="checkbox"/> 規則正しく <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 偏る <input type="checkbox"/> ひどく偏る <input type="checkbox"/> 摂らない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 摂る <input type="checkbox"/> 多い
	睡眠 (1) 寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> ひどく悪い (2) 睡眠時間 就寝 () 時 起床 () 時
飲酒 量 ・ 頻度 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 飲んでいた	
たばこ 量 ・ 本数 <input type="checkbox"/> 吸う 1日 () 本 <input type="checkbox"/> 吸わない	

●自覚症状

部位	質問	当てはまるものにチェック
頭	立ちくらみ、めまいがある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
	頭痛・頭重(片頭痛)がある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
口腔	口内炎ができる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
	のどの不快感がある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
胸	不整脈・動悸・息切れがある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
腹	食物がのどや胃にもたれる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
	便秘する	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
四肢	手足がしびれたり、手足の感覚が鈍い	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
	手足が冷える、しもやけになる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
皮膚	湿疹がでる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
	爪が割れたり、はがれる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
全身	疲れる・よく風邪をひく	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
	体にアザができる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい
心	つまらない事にくよくよしたり憂鬱・不安になる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 特にひどい

●特記事項 : ご自身の身体・心の面で気になる点、改善したい点などございましたら、ご記入ください