

自由診療外来 申込表

申込日：（西暦） 年 月 日

ファックスされる場合は、098-992-1592（月～金：9時～17時）にお願いします。

※印は、病態診断で必要なのでご記入をお願いします。□は ✓ を入れてください。

※ふりがな				
※氏名				
※郵便番号・住所	(〒)			
※電話番号				
※ファックス番号				
※メールアドレス				
紹介元	() 知人の場合は個人名でもよろしいです。			
※性別	<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性 診断に必要なのでご記入お願いします。			
※生年月日	(西暦) 年 月 日生			
※病名：診断されている病名 <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> 風邪	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 更年期障害
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 胃腸炎	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患
	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 胃炎・胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 不眠症
	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 脾臓病	<input type="checkbox"/> 慢性疲労症候群
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 膀胱炎・腎盂炎	<input type="checkbox"/> 花粉症	
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 鼻炎	<input type="checkbox"/> メニエール病	
※その他の疾患	() あれば記入してください。			
※食物アレルギー	() あれば記入してください。			
※薬物アレルギー	() あれば記入してください。			
※現在の症状： <input type="checkbox"/> に✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 体重増	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 寝付けない
	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 幻覚
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 妄想
	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐	<input type="checkbox"/> 低体温	<input type="checkbox"/> こだわり
	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 口渇	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 意欲の低下
	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 肌荒れ	<input type="checkbox"/> 食後の眠気

<input type="checkbox"/> にハグしていただく。	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 鼻炎	<input type="checkbox"/> 多動
	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 食後の眠気	<input type="checkbox"/> 怖い夢をみる	<input type="checkbox"/> ドライマウス
	<input type="checkbox"/> 疲労感	<input type="checkbox"/> 不安感	<input type="checkbox"/> 途中で起きる	<input type="checkbox"/> 寝汗
	<input type="checkbox"/> 体重減	<input type="checkbox"/> 冷え性	<input type="checkbox"/> 疼痛（場所： ）	
	その他の症状（あれば記入してください）			
※現在服用しているサプリメント、 （ ）内にサプリメント名を記載してください。毎日 か時々服用かを <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> 使用中のサプリメントなし			
	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	その他のサプリメント（あれば記入してください）			
※よく食べるものに <input type="checkbox"/> 内に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> ポテトチップス <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> マーガリン <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> ファーストフード <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> バター <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> チーズ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> オリーブ油 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> ごま油 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	<input type="checkbox"/> 紅花油 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> マヨネーズ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	
	その他よく食べるものを記入してください：			
特に相談したいことを記入してください。				

その他ご要望やご質問を記入してください。	
----------------------	--

※印は必須項目となっています。診断に必要なのでご記入お願いします。外来以外で情報を使用することはありません。



統合医療ハートフルクリニック

電話：098-994-7436（火～木：9時～17時）

ファックス：098-992-1592（月～金：9時～17時）