

申し込み書

I.H.C.Clinic

東京都港区新橋2丁目10-5末吉ビル3F

記入日 年 月 日

申込者名	フリガナ	年齢	才	生年月日	西暦	年	月	日
住所	フリガナ							
電話番号	(携帯・自宅)	①			②			
日本の連絡先	電話①	電話先氏名			電話②	電話先氏名		
		ご本人との関係				ご本人との関係		
	住所							
滞在先 国と州、都市：					渡航目的			
加入の海外旅行保険	○なし ○あり (保険会社名：) 保険加入期間 (~)							

*以下の「健康についての問診票」は、当院で予防接種・健康診断をお受けにならない方は、必ず記載をお願い致します。

健康についての問診票							
	身長		cm	体重		kg	
①タバコは吸いますか？ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 吸っている <input type="radio"/> 過去に吸っていた							
喫煙経験のある方に質問です。 一日何本、何年間吸われてますか？ 本/日 × 年間							
②アルコールは飲みますか？ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり							
れる方に質問です。お酒の種類と量はどれくらいですか？ビール・日本酒・ワイン・焼酎・()を 一日()ml							
③現在治療中の病気はありますか？ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり							
○喘息 ○高血圧症 ○糖尿病 ○高脂血症 ○痛風や高尿酸血症 ○てんかん ○脳卒中、脳血管障害							
○肺疾患 () ○心臓疾患 () ○肝臓疾患 ()							
○腎臓疾患 () ○消化器疾患 () ○アレルギー疾患 ()							
○がん () ○その他の疾患 ()							
④現在、内服されているお薬はありますか？(張り薬や吸入器などもありますか？) <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり							
ある方に質問です。 病名： _____ いつ頃： _____							
⑦輸血を受けたことはありますか？ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり							
⑧アレルギーはありますか？ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり							
ある方に質問です。何にアレルギーがあり、どのような症状が出ますか？ ()							
⑨女性の方に質問です。妊娠している、もしくは妊娠の可能性はありますか？ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり							
⑩何かお伝え頂けことがあれば、ご記入ください。							