厚生クリニック　診療申込書

患者記入欄	太枠の中を全て記入ください				
名前	フリガナ	セイ	メイ	生年月日	西暦 19＿＿年＿＿月＿＿日
	漢字	姓	名		満(＿＿)歳
住所	都・道・府・県　　市　　区				
	丁目　　番　　号　(建物名)　　号室				
連絡先	(携帯 / PHS)　　－　　－				
携帯メール	(携帯 / PHS)　　@				
※パソコンアドレス、フリーメールアドレスは不可。 患者所有の携帯電話のアドレスを必ず記入ください					
相談内容	勃起不全・うす毛・禁煙・不眠・各種健康相談・美容整形相談・避妊・緊急避妊 美肌・ダイエット・ 点滴 or 注射 (若返り・肝機能・疲労・美肌・国産プラセンタ) STD検査・その他(詳しく:　　)				

厚生クリニックを知ったきっかけ：　※複数回答可

- ● 情報誌 （雑誌名：　　）
- ● その他 （詳しく：　　）
- ● PCホームページ（検索キーワード：　　）←検索エンジン名：(　　)
- ● 携帯サイト（検索キーワード：　　）←検索エンジン名：(　　)

医療機関記入欄	以下は医療機関側が記入しますので、患者は記入しないでください				
罹患中の疾患・アレルギー					
病名：		発症時期：	年前	医療機関：	
病名：		発症時期：	年前	医療機関：	
アレルギー名：		発症時期：	年前	医療機関：	
アレルギー名：		発症時期：	年前	医療機関：	
罹患のある疾患・アレルギー					
病名：		発症時期：	年前	医療機関：	
病名：		発症時期：	年前	医療機関：	
アレルギー名：		発症時期：	年前	医療機関：	
アレルギー名：		発症時期：	年前	医療機関：	
服用中の薬					
薬品名：		服用歴：	年前	医療機関：	
薬品名：		服用歴：	年前	医療機関：	
薬品名：		服用歴：	年前	医療機関：	
薬品名：		服用歴：	年前	医療機関：	

診断薬＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(以下、本薬)の処方に当たり、以下のことに対して同意します。

Ⅰ 本申込書について、虚偽並びに書き忘れがないことを確認した。

Ⅱ 本薬について、その効果と副作用についての説明を受け、その内容を理解した。

Ⅲ 本薬についての疑問や質問をし、得られた回答によってその疑問は解消された。

Ⅳ 本薬について、その併用注意薬ならびに併用禁忌薬の説明を受け、その内容を理解した。

Ⅴ Ⅳによって説明された併用注意薬ならびに併用禁忌薬を現在使用していないことを明言した。

Ⅵ 本薬の用法と容量の説明を受け、それを遵守することを明言した。

Ⅶ 本薬を自分以外の何者にも譲渡ならびに販売はしないことを確約した。

以上

2018年＿＿月＿＿日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿