

診察をお受けになる方に(共通)

1枚目/3枚中

年 月 日

当院では患者様により良い治療を行うために、初診前に以下の事項へご記入いただいております。

書いていただける範囲で結構ですので、お手数ですがご協力をお願いいたします。

ふりがな			連絡先	自宅電話	
氏 名	(男・女)			携帯電話	
				E-mail	
住 所	〒			職 業	(現職の勤務開始: 年 月~)
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳) 平成・令和		緊急連絡先		
記入頂く方が受診される ご本人以外の場合	ふりがな		続 柄		
	氏 名	(男・女)			
現在、お悩み、お困りのこと、受診理由は何ですか？(できるだけ具体的にお書きください)					
体温 _____ °C 血圧 _____ / _____					
* あれば○印: 鼻水(透明・白・黄色)、咳、痰(透明・白・黄色)、のどの痛み、関節痛、吐き気、嘔吐、くしゃみ、目のかゆみ、頻尿 * 各種外来希望: 禁煙外来、漢方外来、更年期プラセンタ外来、AGA(男性型脱毛症)外来、ED(勃起不全)外来、その他()					
※女性の方にお聞きます * 月経: 順・不順・閉経(歳) * 妊娠: している・していない * 授乳: している・していない					
薬のアレルギーが ない・ある(薬の名前: 出現した症状:)					
今まで病気をしたことが ない・ある ⇒(あると答えた方へ)いつ、どんな病気でしたか? あれば○で囲んでください。 糖尿病・高血圧・脂質異常症・脳梗塞・脳出血・狭心症・心筋梗塞・ガン(部位:)・花粉症・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・片頭痛・緑内障・その他(病名・時期): 血縁にアレルギーの人: いる()・いない					
現在も治療中の病気: ない・ある(病名) 現在服用している薬はありますか: ない・ある * 通院先病院名: (薬の名前					
最近の健康診断結果: 年 月 異常なし・異常あり()					
今までの手術の経験は: ない・ある(病名) () 歳頃、病院名: 病院					
今までの輸血の経験は: ない・ある * 今までの漢方薬の内服は: なし・あり(薬品名:)					
当院をどちらでお知りになりましたか: ・現地を直接見て ・ホームページ ・インターネット(サイト名:) ・雑誌・新聞・ちらし ・医師紹介() ・友人紹介() ・タウンページ ・看板(場所)・家族紹介() ・その他()					
会計時、領収書以外に明細書は必要ですか: 不要 ・ 希望時、必要					