

初診受付票

フリガナ			女 男
名前			
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	歳
住所	郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
電話			
携帯電話			
診察に同伴する方がいる	はい・いいえ	本人との関係	
代筆者氏名		本人との関係	

本日は何科の診察をご希望ですか？

※該当するものすべてにチェックしてください

- 内科 外科 形成外科 整形外科 皮膚科 泌尿器科
 小児科 美容皮膚科(シミ・ニキビ・シワ) 美容外科 わからない

おけがの場合は該当するものにチェック

- 交通事故 *仕事中 *通勤中 その他()

※労働災害のため保険証が使用できません。

こちらのクリニックをどのようにして知られましたか？

- 家族が受診している
 以前受診した事がある
 病院からの紹介()
 知人からの紹介()
 看板(ビル窓・ビル入口・[その他])
 インターネット



裏面・問診票のご記入もお願い致します



ID:

満 歳

1. 今日は、どうなさいましたか？()
2. いつ頃からお気づきになりましたか？(今日 ・ 日前 ・ 月前 ・ 年前)
3. 今日までどのような経過ですか。最も適当なものに○をつけて下さい。
・あまり変わらない ・だんだんひどくなっている ・日によって程度が違う ・だんだん良くなっているが気になる
※おけがの場合、該当するものに○をつけて下さい。(交通事故 ・ 仕事中のけが ・ 通勤中のけが ・ その他)
※労働災害のため保険証が使えません。
4. 他の病院で見てもらったことがありますか？ (ある ・ ない)
※あると答えた方は、その病院ではどのような説明を受けましたか？ (病院 科)
()
5. 今回ご来院された件以外で、現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
(病名:)
6. 現在、何かお薬を飲んでいますか？(飲んでいる ・ 飲んでいない)
※飲んでいると答えられたお薬手帳をお持ちですか？(ある ・ ない)
※ないと答えられた方は、薬の名前はわかりますか？()
7. 今までに次のような病気や、その他おおきな病気をしたことがありますか？(ない ・ ある)
心臓病 ・ 肝炎 ・ 腎炎 ・ 癌(部位: 喘息 ・ 脳) ・ 糖尿病
卒中 ・ 結核 ・ その他()
※発病はいつからですか？ (昭和 ・ 平成 年 月ごろ)
※手術の有無 (無し ・ 有り 年 月ごろ / 病名:)
※輸血の有無 (無し ・ 有り ・ 不明)
8. 食べ物などのアレルギーはありますか？ (ある ・ ない)
卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 牛乳 ・ 米 ・ 青魚 ・ 肉類 ・ アルコール ・ カビ
犬 ・ 猫 ・ ハウスダスト ・ 花粉 ・ その他()
9. ご家族や親類で次のような病気にかかったことのある人はいますか？
※あればどなたか、カッコ内にお書き下さい。
心臓()結核()糖尿病()高血圧()癌()
脳卒中()肝炎()喘息()アレルギー()その他()
10. 身長 cm / 体重 kg
最近体重は (増えている ・ 減っている ・ 変わらない)
11. お酒を飲みますか？ (はい ・ いいえ ・ やめた)
※はいの場合()年前から。1日にどのくらい飲まれますか()
12. タバコは吸いますか？ (はい ・ いいえ ・ やめた)
※はいの場合()年前から吸っている。平均して()本/日吸っている。
13. これまでに注射や点滴等の際に、アルコールでかぶれたことはありますか？ (ある ・ ない)
14. これまでに局所麻酔(歯科医療も含む)や、病院のお薬で具合が悪くなったことがありますか？(ある ・ ない)
※あると答えた方は、お薬の名前等がわかりましたらお教え下さい。
()
15. その他、お話ししておきたいこと
()
16. 保険証・医療証のコピーをさせていただきますがよろしいでしょうか？ (はい ・ いいえ)
- ※女性の方のみお伺いします。現在妊娠している、もしくは可能性がありますか？(はい 現在 週 ・ いいえ)