

初診の方へ

カルテ作成、診察時のみに使用しますのでご記入をお願いします。

記入日 平成 年 月 日

| | | |
|---------|---------------|--------------|
| ふりがな | | 性別 |
| 受診者のお名前 | | 男 女 |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 | 年齢 歳 ヶ月 |
| 住所 | 〒 | 続柄(被保険者から見て) |
| | | |
| 電話番号 | | 現在の体重 |
| 携帯電話番号 | | |

◎どうなさいましたか。(いつごろから、どのような症状か具体的に)

◎上記の症状で他の病院を受診されましたか。 受診なし ・ 受診あり (病院名 _____)

上記の症状に対して、他の病院でおくすりが出ていますか。 なし ・ あり
(おくすり手帳があれば受付にお出してください。)

◎今まで大きな病気をしたり、現在治療中の他の病気がありますか。 なし ・ あり
(ありの場合は具体的に) _____

◎お子さんの場合・・・妊娠中、出生時に異常はありましたか。 なし ・ あり
(出生体重 _____ g)

◎今までアレルギー体質、喘息などといわれたことがありますか。 なし ・ あり

◎今まで、ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 なし ・ あり
ありの場合 回数 これまでに(_____ 回)
最終はいつごろですか _____

◎女性の場合 現在妊娠していますか。 妊娠していない ・ 妊娠中