

初めて受診される方へ

<大人用>

令和 年 月 日

正確な診断や安全な治療のために大切なことをおたずねします。
 おわかりの範囲で、ご記入あるいは○印を付け、受付にお渡しください。

| | | | |
|---|--|---|---------------|
| フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 受診者氏名 | | 年齢 | () 歳 () カ月 |
| | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 1. 現在治療中または指摘されている病気はありますか？ (ある・ない) ↓ 【病名： () 才・年前～】 【病名： () 才・年前～】 【病名： () 才・年前～】 【病名： () 才・年前～】 【病名： () 才・年前～】 | | <女性の方のみ>----- 7. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ (はい・いいえ・わかりません) 8. 現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ) ----- ★今後の参考にさせていただきます★ お手数ですがご記入をお願い致します。 | |
| 2. 今までに 1. 以外で、大きな病気で入院、または手術を受けたことがありますか？ (ある・ない) ↓ 【病名： () 才・年前～】 【病名： () 才・年前～】 【病名： () 才・年前～】 | | ●来院されたきっかけを教えてください(複数可) <input type="checkbox"/> 家族が受診(お名前：) <input type="checkbox"/> 友人、知人の紹介(お名前：) <input type="checkbox"/> Googleなどで検索(ワード：) <input type="checkbox"/> 医院口コミサイト(ドクターズファイル・他) <input type="checkbox"/> 医院紹介雑誌(頼れるドクター・他) <input type="checkbox"/> 医院の建物を見て知っていた <input type="checkbox"/> 看板を見て知っていた <input type="checkbox"/> その他() | |
| 3. 本人・ご家族に <u>アレルギー体質</u> や <u>アレルギー性疾患</u> の人がいますか？ (本人・家族・いない) | | ●当院のホームページをご覧になりましたか？ (はい・いいえ) | |
| 4. 今までに薬や注射などで、局所が赤く腫れる、発疹、気分が悪くなった、ショックが起こったことがありますか？ (ある・ない) ↓ [薬名： 症状：] [薬名： 症状：] [薬名： 症状：] | | ●パソコンやスマホから、診察順番の予約ができることをご存知ですか？ (はい・いいえ) | |
| 5. 現在服用中の薬がありますか？ (ある・ない) ※他院で頂いたお薬説明の紙をお持ちでしたら、受付にお渡し下さい。 | | ご記入者氏名 () 〒 - 住所 電話番号 () - 日中のご連絡先※ () - ※連絡が付きやすい電話番号をお書き下さい | |
| 6. どこか、病院・施設からの紹介がありましたか？ ・ない ・ある () | | 緊急にご連絡を差し上げたい時、連絡がつかない状態が多く見られます。住所変更や電話番号変更の際には必ず受付にお知らせ下さい。 | |