

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。	