

初診申込書

初診日 年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ()歳	
ふりがな		職業
住所	〒	
電話	※ご連絡の取りやすい番号を記入して下さい。	
緊急連絡先	氏名: 続柄() ※容態が急変した場合などに、親族等ご連絡がとれる電話番号を記入して下さい。	

1. 受付でお名前をお呼びしてもよろしいですか？
(はい・いいえ)
2. 今回どのような症状で受診されましたか？ ※紹介状(有・無)
いつ頃から (今日・昨日・2~3日前・1週間以上前)
どこが (頭・首・胸・腹・右足・左足・右手・左手) その他()
どのような症状 (痛み・腫れ・発熱・咳・関節痛・鼻水・下痢・めまい・嘔吐
胃部不快感) その他()
3. アレルギーはありますか？
食品アレルギー (ない・ある { })
薬・注射アレルギー (ない・ある { })
4. 現在、他の病院にかかっていますか？
(いいえ・はい {病名: })
5. 現在、当院以外で処方された薬を飲んでいますか？
(いいえ・はい {薬またはどのような薬: })
6. 今までに大きな病気・ケガで入院または手術などをされた事がありますか？
(入院→ いいえ・はい {病名 })
(手術→ いいえ・はい {病名 })
7. 現在、妊娠していますか？(女性の方のみ)
(いいえ・はい)・授乳中
※その他ご希望があればお書きください。