

No. _____

はじめて受診される方へ

フリガナ

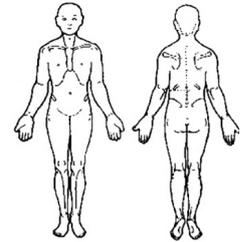
受診される方のお名前 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女)

1. どのような症状がありますか？

2. その症状はいつ頃からですか？

3. 現在治療中の病気があれば、○をつけてください。

高血圧症 糖尿病 脂質異常症 狭心症 心筋梗塞
脳卒中 緑内障 前立腺肥大 その他 ()



4. 過去に大きな病気をしましたか？

5. 現在飲んでいるお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちでしたらお見せください)

6. アレルギー反応を起こしたことがありますか？

ない 薬 () 食べ物 () その他 ()

7. 手術を受けたことがありますか？

いいえ はい (手術名 :)

8. 輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい

9. 女性の方への質問です。

1) 妊娠中ですか、または妊娠の可能性がありますか？

いいえ はい () 週目

2) 授乳中ですか？

いいえ はい

.....
電子カルテに入力しますので、正しく記入してください。

No. _____

気分が優れない等、ご自身で記入出来ない方は受付にお申し出ください。

受診される方の

フリガナ

お名前 _____ (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 ____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 ____ 歳

郵便番号 □□□-□□□□

ご住所 _____

電話番号 ()

ありがとうございました。ご記入後、受付に渡してお待ちください。