

初診申込書

ID _____

フリガナ		性別	年齢
患者氏名		男・女	歳
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	職業	
現在の住所	〒 _____		
自宅電話	() _____	携帯電話	() _____

● 当院を受診することになった理由を教えてください

症状: (_____)

上記症状はいつ頃からありますか?: (_____)

● 病院からのお薬を飲んでいますか? はい ・ いいえ

*お薬手帳を提出いただければ、下の薬名の記入は不要です。

(お薬の名前)	朝	昼	夕	眠	(お薬の名前)	朝	昼	夕	眠

● これまでにかかった病気、及び現在かかっている病気を教えてください。

かかった年齢	病名	治療内容	かかった年齢	病名	治療内容
歳			歳		
歳			歳		

● お薬、食べ物でアレルギーがありますか?

【食べ物アレルギー】 ない ・ ある (種類: _____)

【お薬アレルギー】 ない ・ ある (薬名: _____)

❖ 女性の方へ 現在妊娠されていますか? はい ・ いいえ ・ わからない

授乳中ですか? はい ・ いいえ

○ 当院をどちらでお知りになりましたか。

医師の紹介 ・ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ 電話帳 ・ 看板 ・ バス ・ 市電 ・ 広告
その他 (_____)