

初診受付用紙

受付日 年 月 日

ふりがな			身長	cm
氏名			体重	kg
	男・女			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	職業	
住所	〒			
	Tel () - 緊急連絡先 Tel			

1. 診察ご希望の医師はいますか。
 いいえ・はい (先生)

2. 紹介状はお持ちですか。
 いいえ・はい

3. 仕事上ですか。(労災ですか。)
 いいえ・はい

4. 具体的な症状を詳しくご記入下さい。
 1) いつ頃からですか。

2) 具体的な症状

3) 過去3週間以内に渡航歴はありますか。＜発熱・下痢症状の方のみ＞
 なし・あり(渡航先)

5. 特に希望される治療や検査はありますか。(点滴・薬・レントゲン・CT・MRI・血液検査・他)
 いいえ・はい ()

※ 時間帯によってはすぐに出来ない検査もあります。

6. 薬や食べ物でアレルギーが出ますか。
 いいえ・はい ()

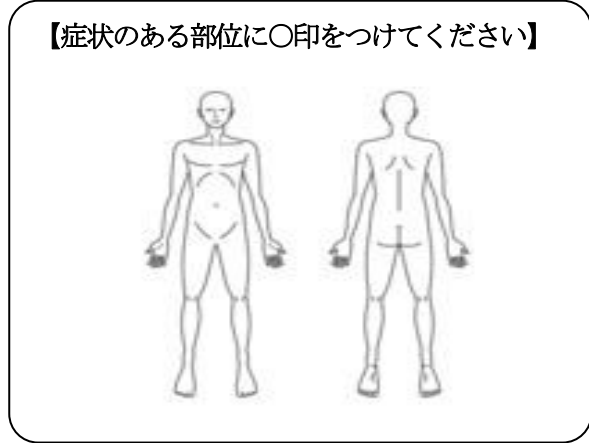
7. 現在、治療している病気はありますか。医療機関名の記入もお願いします。
 いいえ・はい ()
 (医療機関名)

8. 現在、服用している薬はありますか。
 いいえ・はい () お薬手帳持参 あり
 () なし

9. 今までに手術を受けられたことがありますか。
 いいえ・はい(開腹術 婦人科の手術 その他)

10. たばこを吸われる方、アルコールを飲まれる方はご記入下さい。
 たばこ 本/日 アルコール /日

11. 女性の方にお尋ねします。現在、授乳中または妊娠の可能性はありますか。
 いいえ・はい(授乳中・妊娠)・疑い



ご希望の確認【以下の項目に該当する方は、チェックをお願いします。】

- ・身体上または宗教上の理由等で治療に関してご希望のある方 →
- ・外来・会計時にお名前を呼ばれたくない方 →
- ・病院からのお知らせ・連絡を希望されない方 →

笠松病院

確認欄	医師	受付者