

初診受付用紙

受付日 年 月 日

ふりがな 氏名				身長 体重	cm kg
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (才)	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)

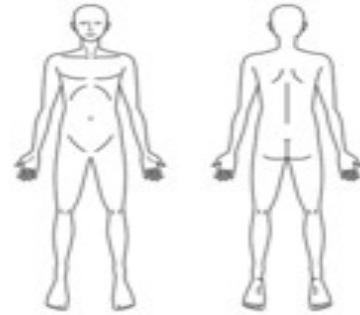
2. 紹介状はお持ちですか。
いいえ・はい

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 体温 (.) 度

【症状のある部位に○印をつけてください】



3). 新型コロナ陽性者と接触（濃厚接触）されたことはありますか。
いいえ・はい

4). 新型コロナワクチン接種 () 回接種済 ・ 未接種

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