

初診受付用紙

受付日 平成 年 月 日

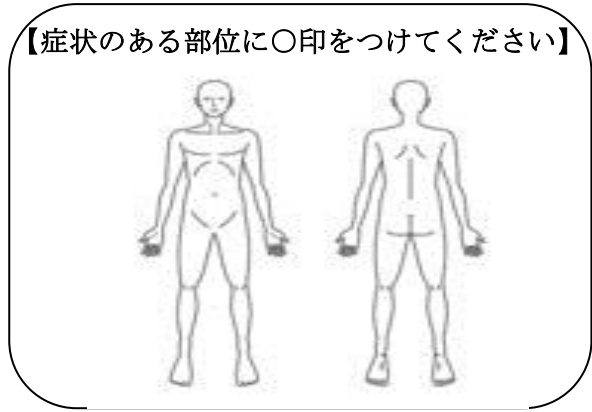
ふりがな 氏名				身長 体重	cm kg
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	職業			
住 所	〒 Tel () - 緊急連絡先 Tel				

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。
 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 ()
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 →



確 認 欄	医師	受付者