

初診受付票

ふりがな

お名前

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳

住所 〒 (-)

電話番号 ご自宅

携帯

診察ご希望の診療科に○をつけて下さい。

①内科

②皮膚科

はじめて診療を受けられる方へ <<予診票>>

お名前 _____ () 歳 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1、●いつ頃から？ ●どの部位のどのような症状ですか？

2、今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

●いつ頃： ●病 名： 入院(有・無) 手術(有・無)

(咳や鼻水のある方は過去に 小児ぜんそく、咳ぜんそく、ぜんそく、アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎(ちくのう症)を指摘されたことがあれば○をつけて下さい。)

3、現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

●病 名：

4、お薬はのんでいらっしゃいますか？ (はい ・ いいえ)

●どのようなお薬ですか？

5、お薬や食物などのアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

●はいの方は、わかればお薬や食べ物などの名前

6、●お酒を(飲む・飲まない) ●種類と量は？ (_____)

(例：「ビール大瓶 1本週 2～3回」、「日本酒 1合を毎日」など)

7、●タバコを(吸う・吸わない) ● 平均1日 _____ 本 (_____ 歳～ _____ 歳まで)

以前吸っていたが今はやめている方もご記入願います。

8、女性の方にお聞きします。妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

9、身長・体重をお教え下さい。

●身 長： _____ c m ●体 重： _____ k g

10、当院をお知りになったきっかけは？

インターネット ・ 健診や予防接種、区報などの案内 ・ ご自宅や職場の近隣
ご家族、知人からの紹介(_____) ・ その他(_____)

11、特に医師に知らせておきたいことがございましたら、ご記入ください。