初めて受診される方へ　＜大人用＞　平成　年　月　日

病院使用欄
1) □
2) □
3) □
4) □
5) □
6) □
7) □
8) □
9) □
10) □
11) □
12) □
13) □
14) □
15) □
16) □
17) □
18) □

正確な診断や安全な治療のために大切なことをおたずねします。
おわかりの範囲で、ご記入あるいは〇印を付け、受付にお渡しください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
受診者氏名		年齢	（　　）歳（　　）ヵ月
		生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？
   発熱　のどの痛み　鼻水　咳
   胃痛　腹痛　はきけ　下痢　肩こり
   頭痛　検診で異常を指摘された
   その他（　　）
2. 現在治療中の病気、もしくは指摘されている病気がありますか？
   （はい【病名：　　】・ いいえ）
   （　　）（歳・ヵ月前・年前）頃
3. 今までに手術を受けたことがありますか？
   （はい【病名：　　】・ いいえ）
   （　　）（歳・ヵ月前・年前）頃
4. 今までに 3. 以外で入院するような大きな病気にかかったことがありますか？
   （はい ・ いいえ）
   病名（　　）
   （　　）（歳・ヵ月前・年前）頃から
5. ご家族に アレルギー体質 や アレルギー性疾患 の人がいますか？（はい ・ いいえ）
6. 今までに薬や注射などで、局所が赤く腫れる、発疹、気分が悪くなった、ショックが起こったことがありますか？
   （なし ・ あり）
   その薬の名前を記入してください。
   （　　）
   （　　）
7. 現在服用中の薬がありますか？
   （はい ・ いいえ）
   ※お持ちでしたら、医院で頂いたお薬の説明の紙を受付にお渡し下さい。

★今後の参考にさせて頂きます★
お手数ですがご記入をお願い致します。

●当院をどちらでお知りになりましたか？（複数可）
- 家族が受診（お名前：　　）
- 友人、知人（お名前：　　）
- 医院の建物を見て
- 看板（場所：　　）
- インターネット
- 他院からの紹介
- その他（　　）

●当院のホームページをご覧になりましたか？
（はい・いいえ）

＜女性の方のみ＞----------

8. 現在、妊娠または妊娠のおそれがありますか？
（はい・いいえ・わかりません）

9. 現在、授乳中ですか？（はい・いいえ）

---

10. 気になることや検査や治療などで、希望があればご遠慮なくお書き下さい。

（　　）

ご記入者氏名（　　）
〒　　ー
住所

電話番号　（　　）　ー
日中のご連絡先※（　　）　ー
※連絡がつきやすい電話番号をお書き下さい

緊急にご連絡を差し上げたい時、連絡がつかない状態が多く見られます。住所変更や電話番号変更の際には必ず受付にお知らせ下さい。