

初診申込表

●以下、ご記入ください。

ID: 令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------|---------------|---|------|----|------|
| ふりがな | | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 年齢 歳 |
| 住所 | (〒 -) | | | | |
| 職業 | (現職または退職時の職業) | | | | |
| 自宅電話番号 | - | - | 身長 | cm | |
| 携帯番号 | - | - | 体重 | kg | |
| 緊急連絡先1 | - | - | 【続柄】 | | |

・具合のわるいところを具体的に記入してください

・どこが どのように 悪いですか？

・いつからですか？

今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____ 年 月 日から _____ にかかっている

・今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃か()にご記入ください

喘息 (頃) 肺炎 (頃) 結核 (頃)
 高血圧 (頃) 肝臓病 (頃) 腎臓病 (頃)
 糖尿病 (頃) 脳卒中 (頃) がん (頃)
 心臓病 (頃) その他(病名:)

・がんの場合、治療の内容に該当するもの全てにチェックをつけてください。わかる範囲で内容をご記入ください

手術 放射線 抗がん剤() その他()

・ご家族(親・兄弟・子供など)血液の病気がありますか？

いいえ はい(続柄: 病名:)

・輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい (頃)

・アレルギーはありますか？

薬のアレルギー いいえ はい ()

食品のアレルギー いいえ はい ()

その他のアレルギー いいえ はい ()

・現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい ()

・喫煙・飲酒はされますか？

たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた(1日 本、約 年間)

アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでた
(種類: 、1回 杯 毎日 時々 月に2~3回)

・女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない ある

最終月経は？ (月 日) 閉経してる

・健診結果や他医院からの紹介状はありますか？

いいえ はい

・宗教はありますか？

いいえ はい ()