

# 初診申込表

●以下、ご記入ください。

ID:

年 月 日

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	年齢	歳
住所	(〒 )			
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       過去に飲んでいた  
(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 ( )