

# 初診申込票

●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】 |    |      |

■具合の悪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、いつ頃かを( )にご記入下さい。

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: )

■今までに手術の経験はありますか？

なし  あり 病名: \_\_\_\_\_  
いつ頃: \_\_\_\_\_

■輸血を受けたことがありますか？  いいえ  はい

■薬のアレルギーはありますか？  なし・ あり( )  
 食べ物のアレルギーはありますか？  なし・ あり( )  
 その他: \_\_\_\_\_

■治療(輸血等)を制限する可能性のある宗教の信仰はありますか？

なし  あり( )

■現在、飲んでいる薬はありますか？

なし  あり(薬品名: \_\_\_\_\_)

■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？  なし  あり

■宗教はありますか？  なし  あり( )