

初 診 票 (保・自)



初診日 平成 年 月 日 (#)

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
名 前		男・女	昭・平 年 月 日	歳
住 所	〒 -	電話 番号	自宅 - - 携帯 - -	
メール				
勤務先	住所		tel. - -	

*** 御来院のきっかけについて、該当するところにチェックしてください。(複数可) ***

- 家族が通院中もしくは以前通院していた (お名前: _____)
- 友人・知人の紹介 (お名前: _____)
- 他院からの紹介 (病医院名: _____ ご担当者名: _____)
- 家から近い 職場から近い 医院前の看板 タウンページ iタウンページ
- 携帯電話検索 インターネット・ホームページ 回覧板の広告 駅の周辺案内地図
- 雑誌広告やチラシ (広告名: _____) 体にやさしい治療をしていると聞いた
- 内視鏡的ポリープ切除など高度な治療をしていると聞いた 予防に力を入れていると聞いた
- 漢方治療をしていると聞いた 薬以外の健康食品などでも相談にのってくれると聞いた
- 栄養療法 (オーソモレキュラー) をしていると聞いた サプリメント処方をしていると聞いた
- その他 (_____)

*** 現在までに指摘・通院・治療をされていることがあればチェックしてください。***

- 心臓疾患 腎臓疾患 肝臓疾患 (肝炎 型) 高血圧 貧血
- 糖尿病 甲状腺疾患 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 ぜんそく
- てんかん その他 _____

☆ 今日はどうされましたか？

いつから _____
 症状など具体的に _____

☆ 現在飲まれている薬があればお書きください。

☆ 今までに薬などでアレルギーがありましたか？ (はい・いいえ)

あればご記入ください。 _____

☆ 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)

☆ たばこを吸われますか？ (はい 1日 _____ 本 ・ いいえ ・ やめた _____ 年前)

※ 当院は電子カルテで診療しております。診察時にメディカルクラーク(医療秘書)が医師の横についておかまいませんか？ (はい・いいえ)