

# 初 診 票 (保・自)



初診日 令和 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
- Epark サイトを見て  インターネット・ホームページ  スマホ検索  回覧板の広告
- 漢方治療をしていると聞いた  健康食品(サプリメントなど)を治療に使っていると聞いた
- 栄養療法(オーソモレキュラー療法)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  胃腸疾患  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 )
- ☆ アルコール量は ( ビール \_\_\_\_\_ ml × \_\_\_\_\_ 缶・本/日・その他 \_\_\_\_\_ ・飲まない)
- ☆ 飲み物は ( コーヒー \_\_\_\_\_ 杯/日 ・ お茶 \_\_\_\_\_ 杯/日 ・ その他 \_\_\_\_\_ 杯/日 )
- ☆ 血液型は ( \_\_\_\_\_ 型 )

※自費診療、サプリメントなどによる治療の提案を希望しますか? ( はい・いいえ )

※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何かありませんか? ( はい・いいえ )