

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・他院からの紹介 ((お名前・病医院名: \_\_\_\_\_)
- 家から近い  職場から近い  医院前の看板  iタウンページ  Epark サイトを見た
- ホームページを見た  スマホ検索  回覧板の広告を見た
- 漢方治療をしていると聞いた  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
- 「Dr.かわいの予防新療室」を見た
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

\*\*\* 現在 または 過去 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 \_\_\_\_\_

マイナ保険証による情報取得に同意しましたか? (口はい 口いいえ)

☆ 今日はどうされましたか?  
いつから? 症状は? (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、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 )