

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)