

初 診 票



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・続柄：_____）
- ☐ 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 ☐ ホームページ ☐ Epark サイト
- ☐ スマホ検索 ☐ 漢方治療をしていると聞いた ☐ サプリメント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
- ☐ その他（_____）

** 指摘・通院・治療をされている病気がある ☐いいえ・☐はい（☐現在 ☐過去）以下詳細 **

- ☐ 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（ビール_____ml× _____缶・本／日・その他_____・飲まない）

☆ 飲み物（コーヒー_____杯／日 ・ お茶_____杯／日 ・ その他_____杯／日 ）

☆ 血液型（ _____型・不明 ） 身長 _____cm 体重 _____kg

☆ 本日来院時の体温 _____度

☆ 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 ）