

初診申し込み書(高校生以上)

ID

記入年月日 : 平成 . .

フリガナ			男・女
受診者氏名 (かかられる方)			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳 ヶ月)		
現住所	【〒 - 】		
電話番号	() -	体重	kg
携帯番号	- -	当院での体温	. °C

*変更された際はお知らせ下さい

1. 過去に大きな病気をしたり、ケガをしたり、入院したことがありますか。(はい・いいえ) 「はい」、と答えられた方 どのような内容ですか。(病名 / 歳ごろ) その時、輸血をしましたか。(はい・いいえ)
2. 現在、他の病院に通院していたり、薬を飲んでいたりしていますか。(はい・いいえ) 「はい」と答えられた方 どのようなお薬を飲まれていますか。 ()
3. 今までに、肝炎にかかったことがありますか。(はい・いいえ)
4. 過去に薬や注射で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか。 (はい・いいえ) 「はい」と答えられた方 どのような薬・注射でしたか。 ()
5. タバコを吸いますか? (はい・いいえ) 「はい」と答えられた方 は1日に何本吸いますか。(本/日) 「はい」、と答えられた方 は禁煙をしたいと思われませんか? (はい・いいえ)
6. お酒は飲みますか (はい・いいえ) 「はい」と答えられた方 は1日に何をどれくらい飲みますか。(種類) (ml/日)
7. 女性の方にお伺いします。病状によりお薬が出たり、レントゲン撮る事があります。 現在妊娠中、授乳中、または妊娠の可能性ありますか。(はい・いいえ)
8. 本日はどうされましたか。症状をお書き下さい。(内科・皮膚科・その他) () 「内科」と答えられた方に検尿をお願いしております。 検尿をお願いできますか。(検尿可・検尿不可・生理中)