

# 初診申し込み書(高校生以上)

ID

記入年月日 : 令和 . .

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いますか? ( 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 ) ( )