

◆ 初めて受診される方へ ◆ 記入日 年 月 日

フリガナ

お名前:

性別: 男 ・ 女

大昭平 年 月 日生 ()歳
〒 -

ご職業:

ご住所:

TEL:あり / なし

携帯:あり / なし

① 当院にお越しになった理由(症状など)を簡単にお書き下さい。

② 症状はいつ頃からですか?

◇()歳頃より または ()年()ヶ月前より

◇そのことで、どこか病院にかかりましたか? いいえ / はい →

()年()月()日 ()病院 ()科 (入院・外来)

()年()月()日 ()病院 ()科 (入院・外来)

③ 現在飲んでいるお薬はありますか?

ない / ある → 薬名:

④ 今までに大きな病気にかかったことがありますか?

ない / ある → ()歳頃 / 病名:

⑤ 家庭環境についてお尋ねします。

◇()人兄弟の()番目

◇a. 未婚 b. 既婚 c. 再婚 d. 離婚 e. 死別 f. その他

⑥ ご家族の中に似たような症状の方がいらっしゃいますか?

いない / いる →

⑦ 学校についてお尋ねします。

最終学歴 → 卒・中退・在学中

⑧ アルコール・タバコについてお尋ねします。

◇アルコールは? a. のまない b. 時々のむ c. 毎日のむ ()

◇タバコは? a. 吸わない b. 吸う 1日()本

⑨ 薬や食べ物のアレルギーはありますか?

ない / ある → 内容:

⑩ 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか?

a. 紹介 () b. 雑誌() c. 院長著書見て

d. インターネット(携帯・スマホ・パソコン) e. 電話帳 f. その他()

⑪ 領収証の発行を希望されますか?

a. 金額のわかる通常の領収証を希望 b. 詳細な明細書付領収証を希望 c. 領収書不要

(※再発行はいたしません)