

## ◆ 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. 時々のみ c. 毎日のみ( )

◇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)