

初めて診察を受けられる方へ (初診日)

(フリガナ:) 生年月日 年 月 日
患者さんのお名前: _____ (男・女) 職業 _____

住 所: 〒 _____

電話番号: _____

1. 本日はどうなさいましたか? (症状を具体的にお書きください) 紹介状・写真

[]

2. その症状はいつ頃から始まりましたか?

平成・令和 年 月 日から / 日ぐらい前から / 年ぐらい前から

3. いままでにかかった主な病気についてお書きください。

_____ 歳 病名: _____ 治癒・治療中
_____ 歳 病名: _____ 治癒・治療中

服用中のお薬はありますか? ある・ない

★お薬手帳・お薬の名前がわかるものをお持ちでしたらご提出下さい★ なければご記入下さい

[薬剤名 ;]

いままでに輸血を受けたことがありますか? ある (_____ 歳)・ない

肝炎と診断されたことがありますか? ある・ない

何か薬か食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか? ある・ない

ある方は何で起こしましたか? _____

4. その他お尋ねします。

喫煙: す る・しない

<女性のみ>妊娠: している・していない・わからない

飲酒: す る・しない

授乳中ですか? : は い・いいえ