

初診の方へ

保険証・公費受給者・マイナンバーカード
お薬手帳 等必要なものご持参ください

記入日

フリガナ	性別
氏名	男 女

生年月日	T S	年	月	日
	H R			

〒	—
住所	

自宅☎
携帯☎

職業

①今までに当院を受診されたことがありますか	はい	いいえ
-----------------------	----	-----

②今日はどうされましたか	どこが?	いつから?
③その症状のため、他の病院で治療を受けましたか	いいえ	
	はい	病院名

④オンライン資格確認による開示について		
特定健診受診歴	同意する	同意しない
薬剤情報	同意する	同意しない

⑤今までに大きな病気にかかったことがありますか	いいえ	
	はい	病名

⑥喫煙	なし	あり	1日	本
⑦飲酒	なし	あり	1日	種類 量

⑧現在服用している薬がありますか	いいえ	
おくすり手帳を出してください	はい	薬剤名

⑨アレルギー体質や食べ物や薬で発疹が出たり気分が悪くなったことがありますか	いいえ
はい	原因は

⑩現在妊娠中または授乳中、妊娠の可能性がありますか		
はい	いいえ	わからない

⑪当院をどのようにしてお知りになりましたか				
インターネット	家族・知人の紹介	看板を見て	他医からの紹介	その他