

# 初診申込書

体温 \_\_\_\_\_℃

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日( 歳)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

(緊急の際のご連絡先になります。よろしければご記入ください)

① 今日はどうされましたか？

( \_\_\_\_\_ )

② いつからどのような症状がありますか？

( \_\_\_\_\_ )

③ 他の医療機関にかかられていますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(施設名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ )

④ 何かお薬を飲んでいますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(薬の名前: \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳をお持ちの方は薬の名前の記入は不要ですので、受付にお出し下さい。

⑤ ペースメーカーや除細動器などの医療機器を装着していますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(医療機器の名前: \_\_\_\_\_ )

⑥ お薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(アレルギーのある物: \_\_\_\_\_ )

⑦ 苦手な薬はありますか？ なし ・ ある(粉薬・錠剤・漢方・その他( \_\_\_\_\_ )

⑧ 今まで大きな病気にかかったことがありますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(病名: \_\_\_\_\_ )

⑨ 今までに「眼圧が高い」と言われたことがありますか？ ない・ある

今までに「緑内障」と言われたことがありますか？ ない・ある

⑩ 今までに「不整脈」があるとされた事がありますか？ ない・ある

「ある」の場合 病名( \_\_\_\_\_ ) ・ わからない

⑪ (女性の方に)現在妊娠をされていますか？ いいえ ・ はい( \_\_\_\_\_ 週目)

⑫ 当院をどうやってお知りになりましたか？

1.知人の紹介 2.インターネット 3.タウンページ 4.雑誌( \_\_\_\_\_ )

5.看板 6.通り道 7.その他( \_\_\_\_\_ )