

初診申込書

No. _____

フリガナ () 氏名	男 女	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
住所		
電話【自宅】	【携帯電話】	
勤務先	【電話番号】	
紹介状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	健康診断結果・書類 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<p>今日はどうされましたか</p> <p><input type="checkbox"/>発熱(°C) <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>せき <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>のどの痛み</p> <p><input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>胃痛 <input type="checkbox"/>胸痛 <input type="checkbox"/>腰痛 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>痔</p> <p><input type="checkbox"/>血便 <input type="checkbox"/>相談 <input type="checkbox"/>その他 []</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故のけが (年 月 日) <input type="checkbox"/> 仕事中のけが (年 月 日)</p>		
症状はいつから始まりましたか		
今までに大きな病気にかかったり、病気を指摘されたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	[病名]	
現在 通院されている病院はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	[病院名 病名]	
現在 飲んでいるお薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※飲んでいるお薬がわかるものをご提示ください。		
アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	[食品 薬品 その他]	
ペースメーカーを使用されていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
(女性の方のみ) 現在、妊娠されていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (出産予定日 年 月 日) 現在、授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
当院をどこでお知りになりましたか <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他()		
<p>当院は院外処方を行っております。ご希望調剤薬局がありましたらご記入ください。</p> <p>[] ※ご記入がない場合は、当院隣の「まんてん調剤薬局」とさせていただきます。</p>		