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		
電話番号　自宅：		携帯：

お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。　あり ・ なし ・ 忘れた

今日はどうされましたか

☐ 発熱（　　℃）　☐ 頭痛　☐ せき　☐ 鼻水　☐のどの痛み

☐ 腹痛　☐ 胃痛　☐ 胸痛　☐ 腰痛　☐ 下痢　☐ 痔　☐ 便秘

☐ 血便　☐ 相談　☐ 健康診断　☐ その他［　　］

症状はいつから始まりましたか

☐ 仕事中のけが　（受傷日　　年　　月　　日）

勤務先：　　勤務先電話番号：

☐ 交通事故のけが（受傷日　　年　　月　　日）

紹介状　☐なし　☐あり	健康診断結果・書類　☐なし　☐あり

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　☐いいえ　☐はい　病名　　時期

ペースメーカーを使用していますか　☐いいえ　☐はい

現在 通院されている病院はありますか　病院名　　病名

☐いいえ　☐はい

現在　飲んでいるお薬はありますか　（お薬手帳をご提示いただいた方は記入不要です）

☐いいえ　☐はい　薬剤名［　　］

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は直近１カ月以内の処方薬を除き記載不要です。

薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか　原因となったもの　　症状

☐いいえ　☐はい

（女性の方のみ）現在、妊娠されていますか　☐いいえ　☐はい（出産予定日　　年　　月　　日）

現在、授乳中ですか　☐いいえ　☐はい

当院をどこでお知りになりましたか

☐他院からの紹介　☐ 家族・知人からの紹介　☐ホームページ　☐看板　☐ その他