

初めて診察を受ける方へ

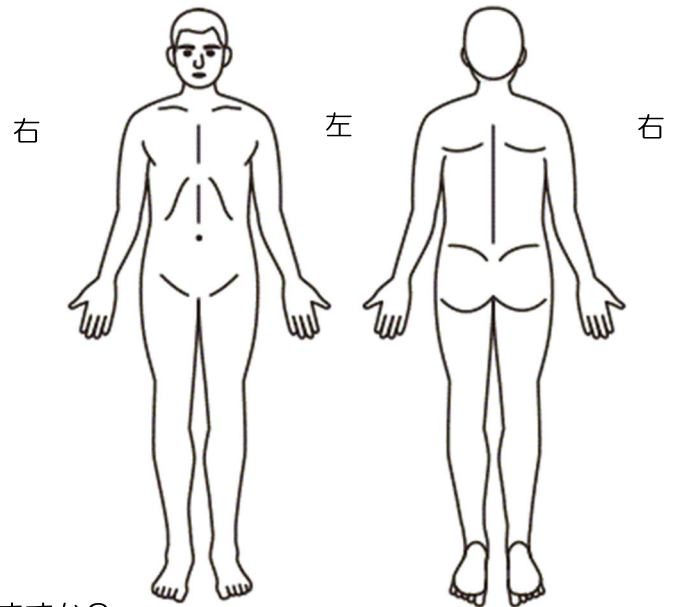
保険証・事故・労災 ○して下さい

記載年月日： 年 月 日

フリガナ		住 所	
お 名 前	男 女	連絡先	(連絡のとれる電話番号)
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)

① 本日の症状について伺います。
どのような症状ですか？

その症状はいつ頃から始まりましたか？
思い当たる原因はありますか？



症状の場所を右の図に○マルをして下さい

② 女性にお尋ねいたします。

現在妊娠中、又は可能性はありますか？

はい 可能性あり いいえ

授乳中ですか？ いいえ はい

③ 現在、定期的に他の医療機関で治療を受けておられますか？

いいえ

はい (疾患名

医療機関名

)

(内服薬

※お薬手帳がありましたら、お出しください)

ペースメーカーを装着されていますか？ いいえ はい

以前心臓が悪い、不整脈が出たという事がありますか？ いいえ はい

④ 今までに薬や食べ物で発疹が出たり、具合悪くなったことはありますか？

いいえ

はい (薬) (食べ物)

⑤ 今までに大きい病気や手術をされたことはありますか？

いいえ はい (例) 15才 肺炎

()

⑥ ★診療についてご希望がありましたらチェックしてください。

注射 骨密度検査 リハビリ レントゲン 鍼灸

CT・MRI …精密検査

※上記治療・検査は医師の診断のもとに行いますので患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください

⑦ その他何かご希望等がありましたらご記入ください。

[]