

# 初診申込書

ID:

初診日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな \_\_\_\_\_ 男 生年月日

氏名： \_\_\_\_\_ 女 大・昭・平・令\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

★ 15歳以下の方は体重をご記入下さい ( \_\_\_\_\_ kg)

住所：〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 都・県 \_\_\_\_\_ 市・郡・区 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

① 診察希望内容 体温 . \_\_\_\_\_ °C

はな みみ のど めまい  
のどの痛み (あり・なし) (食事がとれない・水分がとれない・呼吸が苦しい)

② どんな症状ですか ( \_\_\_\_\_ )  
いつからですか ( \_\_\_\_\_ )

③ 現在治療中、または診断されたことがある病気に ○ をして下さい。  
高血圧 糖尿病 気管支喘息 緑内障 透析中 その他 ( \_\_\_\_\_ )

④ 現在服用しているお薬はありますか？  
あり・・・お薬手帳 あり / なし ( \_\_\_\_\_ 薬品名 )  
なし

⑤ 今までに、お薬で具合が悪くなったことはありますか？  
あり・・・ ( \_\_\_\_\_ 薬品名 ) ( \_\_\_\_\_ 症状 )  
なし

## < 女性の方へ >

⑥ 妊娠していますか？ (はい・いいえ) 授乳していますか？ (はい・いいえ)

受診のきっかけ 1. 近所だから 2. 看板をみて 3. ホームページをみて 4. 知人の紹介  
5. 家族の紹介 6. ビデオ広告をみて 7. その他 ( \_\_\_\_\_ )

来院方法は 1. 車 2. 電車 3. バス 4. 自転車 5. 徒歩

駐車場のご利用は 1. 昭和パーキング 2. その他 ( \_\_\_\_\_ )