

【初診時間診票】

ふりがな

男・女

生年月日 平成
昭和
大正

お名前

年 月 日

住所：〒

電話番号

()

※ご連絡のつきやすい番号をお願いします

1. 本日は何科にかかりますか？（複数可）

内科 外科 整形外科 皮膚科 その他（健診など）

2. どのような症状ですか？またそのような症状が現れたのはいつからですか？

いつ頃から 症状 熱（ °C）

3. 女性で（ 授乳中 ・ 妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ）の方は○をしてください

↳ 出産予定日 月 日

※妊娠の可能性がある方、妊娠中の方は必ずレントゲン撮影前、診察時にその旨お伝えください

4. 今までに病気やケガで長い間薬をのんだり、入院や手術をされたことがありますか？

（ ない ・ ある ）いつ頃

どんな病気

5. 現在治療中の病気はありますか？また服用薬はありますか？

糖尿病 高血圧 心臓疾患 がん 前立腺肥大 喘息 緑内障 その他（ ）

服用薬

6. 飲み薬や注射でアレルギーが出たことはありますか？（特に麻酔の注射）

（ ない ・ ある → ）なんという薬ですか？

どんな反応でしたか？

7. タバコは吸いますか？ ・いいえ ・以前吸っていた（ ）本/日 × （ ）年間

・現在も吸っている（ ）本/日 × （ ）年間

8. お酒は飲みますか？ ・いいえ ・たまに少し飲む

・ほぼ毎日飲む 種類（ ）を1日（ ）本 ・ 杯

9. このクリニックを何で知りましたか？

・ネット検索 ・口コミ・知人からの紹介（ ）様 ・駅看板 ・新聞折込チラシ

・ポスティングチラシ ・家が近所 ・通りすがり ・電柱広告 ・道路の看板

その他（ ）

◆ご協力ありがとうございました。 府中朝倉クリニック 院長

※記入頂いた個人情報はクリニックの診療業務のみに使用致します。