

# 初診の方へ

カルテ作成、診察時のみに使用しますのでご記入をお願いします。

		記入日	年	月	日
ふりがな		性別			
受診される方のお名前		男 女			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	年齢 歳 ヶ月
住所	〒	続柄(被保険者から見て)			
電話番号		現在の体重			
携帯電話番号					

◎本日はどうなさいましたか。(いつごろから、どのような症状か具体的に)

---

---

◎上記の症状で他の病院を受診されましたか。 受診なし ・ 受診あり (病院名 \_\_\_\_\_)

上記の症状に対して、他の病院でおくすりが出ていますか。 なし ・ あり  
(おくすり手帳があれば受付にお出してください。)

◎今まで大きな病気をしたり、現在治療中の他の病気がありますか。 なし ・ あり  
(ありの場合は具体的に) \_\_\_\_\_

◎お子さんの場合・・・妊娠中、出生時に異常はありましたか。 なし ・ あり  
(出生体重 \_\_\_\_\_ g)

◎今までアレルギー体質、喘息などといわれたことがありますか。 なし ・ あり

◎今まで、ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 なし ・ あり  
ありの場合 回数 \_\_\_\_\_ これまでに( \_\_\_\_\_ 回)  
最終はいつごろですか \_\_\_\_\_

◎女性の場合 現在妊娠していますか。 妊娠していない ・ 妊娠中