

初診時間診票

紹介状、お薬手帳、資料などがありましたら受付時にご提出ください

フリガナ
お名前 _____ 男・女 生年月日 T・S・H・R 年 月 日(才)

〒 _____ 住所 _____ 電話(自宅) _____ (携帯) _____

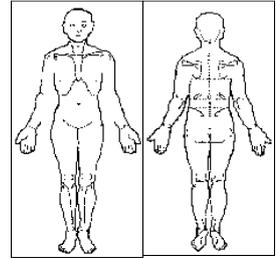
ご職業 _____ (ご家族の連絡先・続柄) _____

介護認定 → なし・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 介護リハビリの利用 → なし・あり

I、どのような症状で来院されましたか？

(症状)

(いつから?)



II、これまでの病歴についてお尋ねします。(当てはまるところに○印をつけて下さい。)

① **感染症** B型肝炎(未検・不明・陰性・陽性) C型肝炎(未検・不明・陰性・陽性) 梅毒(未検・不明・陰性・陽性)
エイズ(HIV)(未検・不明・陰性・陽性) その他の感染症

*上記が未検または不明の方には検査をお願いする場合があります

② 現在治療中または既往の病気やケガを教えてください

1	病名	発症時期	通院医療機関	治った・治療中
2	病名	発症時期	通院医療機関	治った・治療中
3	病名	発症時期	通院医療機関	治った・治療中
4	病名	発症時期	通院医療機関	治った・治療中
5	病名	発症時期	通院医療機関	治った・治療中

⑨ 医師からの処方薬 (ない・ある) → ある場合は**お薬手帳**を受付へ。持参していない場合は内容をご記入ください

⑩ 出血しやすい薬(抗血小板薬、抗凝固薬、ほか)を使用していますか? → ない・わからない・ある _____

⑪ 出血はすぐ止まりますか? → 止まる・止まらない:原因は? _____

⑫ アレルギー 薬剤アレルギー → ない・ある → 原因薬剤 _____

その他のアレルギー → ない・ある → 原因 _____

⑬ タバコを吸いますか? → 吸わない・吸う → 1日に _____ 本位・過去に吸っていた → _____ 才 ~ _____ 才

⑭ 輸血歴はありますか? → ない・ある → 輸血による副作用・後遺症 → ない・ある: _____

⑮ 女性の方 → 現在、妊娠している可能性はありますか? → ない・不明・ある: 約 _____ 週

現在、生理中ですか? → いいえ・はい

III、当院のことは、どのようにお知りになりましたか? 該当項目に○印をお願い致します。

ご紹介(ご紹介者 _____)、ネット検索(Yahoo/Google/他 _____)

ホームページ(当院・他 _____)、新聞チラシ、その他 _____

IV、当院へのご要望があればお書きください