初　診　の　方　へ

診療費明細書(要・不要)

（フリガナ）　　生年月日

☆お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　年　　月　　日　　才（男、女）

郵便番号＿＿＿＿－＿＿＿＿

☆住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿自宅　　－
携帯　　－

☆今日はどこが悪くて来院されましたか？

咳、痰、鼻水、のどの痛み、吐き気、嘔吐、下痢、腹痛、頭痛、

その他（　　）

☆上記の症状はいつ頃からですか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆熱はありますか？

（はい〔　　℃〕　いいえ）

☆今までにかかった病気は？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆過去に入院は？（はい　いいえ）

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆　薬物アレルギーの有無は？（ある　ない）

☆　最終月経はいつから始まりましたか？＿＿＿月＿＿＿日から＿＿＿＿

妊娠の可能性はありますか？（ある　ない）妊娠中　　ヵ月　　授乳中　　ヵ月

☆　現在の体重は？＿＿＿＿＿ｋｇ

☆　嗜好品について　　タバコ＿＿＿本／日　　アルコール＿＿＿／日

☆当院に来院頂いた経緯を教えてください（番号に〇をつけてください）

1.他院様からの紹介(　　)

2.ご家族・知人様等からの紹介（　　様）

3.その他　（　　）　　ご協力ありがとうございました。