

初めて当院に受診される方へ

診療の参考にさせていただきため、以下の質問にお答え下さい。

ふりがな						
お名前		様、	性別	男・女		
生年月日	昭和・平成・令和・西暦	年	月	日		
ご住所	〒	-				
		市	区			
電話番号	-	-				
携帯番号	-	-	(父・母・その他	様の携帯)		
すでに診察券を発行済のご家族様が	(いる・いない)				
カルテ番号	、お名前	様、	生年月日:	年	月	日
カルテ番号	、お名前	様、	生年月日:	年	月	日
カルテ番号	、お名前	様、	生年月日:	年	月	日

①お子さんは 人中 番目、妊娠期間は 週・出生時体重は g

②アレルギーの病気はありますか？ (はい・いいえ)

はいの方の病名は？ 食物アレルギー (原因の食物は？)
アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、気管支喘息

③薬や注射などでアレルギー症状がでたことはありますか？ (はい・いいえ)

はいの方の原因は？ ()

④今まで入院をするような大きな病気や特別な病気がありますか？ (はい・いいえ)

はいの方の病名は？ ()

⑤現在、定期的に服用中(使用中)の薬はありますか？ (はい・いいえ)

はいの場合、薬の名前は？ ()

⑥当院をどのようにして知りましたか？

知人からの紹介、兄弟姉妹が通院、当院ホームページ、ネット情報、チラシ、近所だったから
道路の看板、その他 ()

※ご記入いただいた情報は診療目的以外には使用いたしません。

母子手帳をお持ちの場合はこちらとご一緒に窓口にご提出ください。

お薬手帳は直接医師にお渡しください。

ご記入、ご協力ありがとうございました。
別紙の問診票(本日の症状)もご記入ください。

