**初　診　受　付　問　診　表**　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 性　別 | 体　重（１５歳以下の方のみ）　　 |
| お名前 | 　 | 男 ・ 女 | kg  |
| ご住所 | 〒　　　　－ | 生年月日　　Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 |
|   | 　 | 電話番号 | 　　（　　　　） | 　 |
| 　 | 　 |  職　　業 |  | 　 |

**①　当院を受診した理由を教えてください。**

（１）いつ頃から、どのような症状ですか。

（２）どこに症状がありますか。

　　　(右の図にしるしをつけて下さい。)

（３）その症状に対して治療していますか？

いいえ　／　は　い

　　　　　　└→どのような治療ですか。

（使用したお薬の名前・処置内容などを

　　　　　　　　　　　　　　記入してください）

**②　今までに大きな病気にかかったことは？**

 いいえ　／　は い（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

**③　現在治療中の病気はありますか**｡

いいえ　／　は　い

└-----→糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・肝臓病・骨粗鬆症

　　　　　　　　その他（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**④　現在飲んでいる薬があれば書いてください。**

**◆お薬手帳をお持ちの方は記入せず、受付に手帳をお出しください。**

**⑤　アレルギーはありますか。**

いいえ　／　は　い

　　　　　└-----→何のアレルギーですか。

薬剤（　　　　　　　）食品（　　　　　　　）その他（　　　　　　　）

**⑥　(女性の方に)　妊娠・授乳していますか（当てはまるものに○をして下さい）**

　　妊娠中（　　ヶ月）　授乳中　　妊娠も授乳もしていない