

はじめて来院された方へ、ご記入をお願いします。

以下は診察に必要な事柄等です。尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。2019.4～
また初めて当院を受診される方は事務手続きなどがありますので、診療終了時間 20 分前までにはお越しください。

患者ID _____

20 年 月 日 現在

ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日生
お名前	様	女				歳
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

身長 _____ cm 体重 _____ kg 受診時の体温 _____ 度

1. 今日は、どのような症状でこられましたか？

2. 1.の症状はいつからですか？

3. アレルギー性疾患を今までに指摘されたことはありますか？ (ない ・ ある)
ある場合は、わかる範囲でご記入をお願いします。

4. 今飲んでいるお薬はありますか？ (ない ・ ある)
(ある場合は、下記にご記入頂くか、他院処方薬の書いた紙や、
お薬手帳を受付に提出をお願いします。)

5. 今までに薬を服用して、具合が悪くなったことはありましたか？ (ない ・ ある)
ある場合は、薬剤名をわかる範囲で記入をお願いします。

6. <<女性の方に伺います>> 現在妊娠していますか？ (いいえ ・ はい)
現在授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

7. その他、何か相談したいことやご質問がありましたらご記入をお願いします。

8. 最後になりますが、当クリニックをどのように知りましたか？
(通りがかり、近所に在住、ホームページを見て、看板広告をみて、その他 ; _____)
こだまクリニック