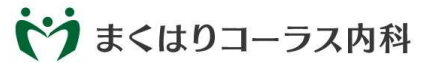


# 初診時受付票(共通)



まくはりコース内科

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 —		
電話番号	(携帯)	(自宅)	

当院を受診されたきっかけを教えてください

- 紹介(誰から： )
- 新聞・郵便ポストの開院チラシ  イオンタウンチラシ  駐車場の看板・通りがかり
- ネット検索(検索ワード： )  当院ネット広告(google など)
- 千葉医療なび  ドクターズ・ファイル  病院なび  カルー(Caloo)
- その他( )

本日はどうなさいましたか？

( 月 日頃から ) または ( 歳頃から )

- 糖尿病  コレステロール・中性脂肪  血圧  痛風・尿酸  甲状腺
- 痛い場所： 頭・のど・胸・おなか・その他( )
- 風邪症状： 熱 ・ せき ・ 息苦しい ・ たん ・ 鼻水
- おなかの症状： 食欲がない ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 便に血が混じる
- 健康診断  ワクチン接種
- その他：

上記の症状で何処かに受診したことがありますか？

- ない
- ある ( 月 日頃 )  
(医療機関名： )

カルテ番号	(記入不要)	氏名	
<p><b>過去に治療や手術を受けたり、健診で指摘されたり、現在治療中の病気はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>にチェックを入れて下さい</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>喘息   <input type="checkbox"/>緑内障   <input type="checkbox"/>高血圧   <input type="checkbox"/>糖尿病   <input type="checkbox"/>脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)</p> <p><input type="checkbox"/>痛風(高尿酸血症)   <input type="checkbox"/>脳卒中   <input type="checkbox"/>心筋梗塞・狭心症   <input type="checkbox"/>癌(具体的に： _____ )</p> <p><input type="checkbox"/>その他( _____ )</p>			
<p><b>現在継続して飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>あ り      <input type="checkbox"/>な し</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><input type="checkbox"/>お薬手帳あり      <input type="checkbox"/>アプリ      <input type="checkbox"/>お薬手帳なし</p> <p>市販の薬や他院での処方があればご記載ください(サプリメント含む)。</p>			
<p><b>喫煙</b></p> <p><input type="checkbox"/>吸う(      本/日×      歳頃から)      <input type="checkbox"/>吸わない</p> <p><input type="checkbox"/>禁煙した(      年前から      それまでの喫煙(      本/日×      年間))</p>			
<p><b>飲酒</b></p> <p><input type="checkbox"/>飲まない      <input type="checkbox"/>飲む(週      日)      種類(      )量 (      )</p>			
<p><b>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>いいえ   <input type="checkbox"/>はい(<input type="checkbox"/>妊娠中   <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり   <input type="checkbox"/>授乳中)</p>			
<p><b>血のつながったご家族に病気の方がいますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり (具体的に： _____ )</p>			
<p><b>食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？</b> <input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり( _____ )</p>			
<p><b>ご希望がありましたらご記入ください。</b></p> <p><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>高額な薬は使いたくない   <input type="checkbox"/>その他( _____ )</p>			

※ご協力ありがとうございました。