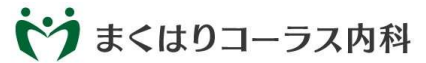


初診時受付票(共通)



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)
- 千葉医療ナビ ドクターズ・ファイル 病院ナビ 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：)

過去の体重について教えてください。

20歳時の体重：()kg 過去最高体重(妊娠中は除く)：()kg

血のつながったご家族に次の病気の方はいますか？いる場合は続柄を記入してください。

糖尿病() 脂質異常症() 高血圧() 脳梗塞()

脳出血() 心筋梗塞・狭心症() その他()

※女性の方へ 妊娠、出産をされたことはありますか？にチェックを入れて下さい。

ない ある ()回

妊娠中に異常を指摘されたことはありますか？

ない ある(具体的に：)

現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ にチェックを入れて下さい。

なし あり()

処方に対するご希望があれば教えてください。 にチェックを入れて下さい。

なし 高額な薬は使いたくない 薬の一包化希望(複数の薬を一袋にまとめる)

その他 ()

その他に困っていることや不安なことはありますか？

※ご協力ありがとうございました