

初診受付票

ふりがな

お名前

男 ・ 女

世帯主との続柄 () 【例 長男】

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)

住所 郵便番号 (-)

電話番号 自宅

携帯

当院を受診するのは初めてですか？ (いずれかに○)

1. はじめて
2. 以前受診したことがある (年 月ころ)
以前受診された際とお名前が変わっている場合、以前のお名前を記入して下さい。
()

本日受診された理由はなんですか？ (いずれかに○ 複数可)

1. 風邪をひいた
2. 熱がある (体温 度)
3. めまい
4. お腹・胃が痛い
5. 下痢
6. 便秘
7. 吐き気がする・吐いている
8. 胸が痛い
9. 脈がおかしい・動悸
10. 血圧が高い
11. 息苦しい
12. 健康診断で異常があった
13. 本日健康診断を受けたい
14. 他の病院で紹介状をもらった
15. 予防注射の希望
16. その他 (具体的に)

お薬や食品のアレルギーはありますか？

1. ない
2. ある (具体的に)

自動車で来院された方は○をつけてください