

受付番号 _____

平成 年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日
お名前	年齢		才	
住所 〒	身長		cm	
携帯電話 ()	体重		kg	
電話番号 ()	性別	男	・	女

該当する項目に☑印、詳細項目に○印、分かる範囲でご記入ください。

◆診療情報提供書（紹介状）	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
◆受診理由・症状・いつから	()	
◆体温 ()℃	☆熱がありそうな方は体温を測定して下さい。	
◆これまでに大きな病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 病名 ()
◆家族に病気は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症/心筋梗塞・脳卒中(脳血栓・脳出血・クモ膜下出血)・大腸がん・頭痛・うつ病・その他 ())
◆現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> 治療を受けていない <input type="checkbox"/> 治療を受けている 病院名 () <input type="checkbox"/> 薬は何も飲んでいない <input type="checkbox"/> 現在、病院で処方された薬を飲んでいる ☆持参されている方は受付にお知らせ下さい。 薬の名前 ()	
◆これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食べ物の名前 ()) (どんな薬で？ <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> ぬり薬 <input type="checkbox"/> 飲み薬 薬の名前 ())	
◆健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (職場・自治体・個人・家族の保険組合・その他)
◎異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり (内容)
◆喫煙	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (本/日 × 年 喫煙は 歳の時から)
◆飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (種類 量 回/週)
■女性に御尋ね致します。	現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 不明 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 生理はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 (才)	
◆アンチエイジング（プラセンタ注射）を希望しますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
◆当院をどちらで知りましたか？	<input type="checkbox"/> ご自宅、勤め先のポスティング <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 他の病院からの紹介 病院名 () <input type="checkbox"/> 携帯サイト <input type="checkbox"/> その他 ()	