

内科受診の方へ（初診）

令和_____年_____月_____日

ふりがな
氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所〒 _____ 県・都

電話番号 _____

緊急時、連絡の取れる上記以外の電話番号 _____（続柄：_____）

当院を知ったきっかけ（該当するものに○をつけてください）

インターネット検索・近くで見かけて・看板などの案内・口コミ・紹介・その他（_____）

●具合の悪いところをできるだけ具体的に記入してください。

◆どこがどのように悪いですか？ 体温 _____℃

◆いつからですか？

◆今回の症状でどこか他の診療所・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____年_____月_____日から _____にかかっている

●今までにかかった病気や現在治療中の病気があれば☑を入れていただき、いつ頃かご記入ください。

高血圧（_____頃） 肺炎（_____頃） 糖尿病（_____頃）
肝臓病（_____頃） 喘息（_____頃） 腎臓病（_____頃）
心臓病（_____頃） 脳卒中（_____頃） がん（_____頃）
結核（_____頃） その他（病名：_____頃）

●現在飲まれているお薬はありますか？

いいえ はい（お薬の名前：_____）

●アレルギーはありますか？

いいえ はい
食べ物（_____） 薬（_____）
その他（_____）

●女性の方のみお答えください。

現在妊娠中ですか？ はい いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

最終月経はいつですか？ _____年_____月_____日頃

●マイナンバーカードを提示していただいた方へ

マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

ご記入ありがとうございました。記入方法についてご質問がございましたら受付にお尋ねください。

後ほど看護師よりお話を伺わせていただきます。