

初診の方はご記入ください

ID \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

フリガナ		男 女	明治・大正・昭和・平成		
氏名			年	月	日生 才
現住所	〒				
電 話		職 業			
携 帯					

① 今日はどうされましたか

いつ頃からですか

② 今までにかかった病気はありますか

ある：高血圧 糖尿病 心臓病 胃腸病 肝臓病 脳卒中 喘息 リウマチ  
白内障 緑内障 ペースメーカー その他（ ）

ない

③ 現在服用中の薬、または常備薬はありますか

ある（ ） ない

④ 今までに手術を受けたことがありますか

ある（ ） ない

⑤ 薬や食品で具合が悪くなったことや、アレルギーはありますか

ある（ ） ない

⑥ 女性の方へ：現在妊娠されていますか はい いいえ

⑦ 医療費明細書を希望しますか する しない