

初診日

年 月 日

ふりがな

氏 名 _____ (男・女)

生年月日 西暦 年 月 日 (才)

職 業 _____

〒(_____-_____) 熱_____

住 所 _____

電話番号 (_____) - _____

- 今日はどのような症状で受診されましたか。お薬手帳をお願いします

- 慢性の病気などで現在治療を受けていますか

いいえ はい (はいの場合、病名・薬名などを記入下さい)

- 過去に入院したり、手術を受けたことがありますか

いいえ はい (はいの場合、病名などを記入下さい)

- 今までに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか

いいえ はい (はいの場合、以下に分かる範囲で記入下さい)
薬の名前、種類と副作用の症状 _____

- 今までに何らかのアレルギー症状が出たことがありますか

いいえ はい (はいの場合、以下に分かる範囲で記入下さい)
アレルギーの種類と症状 _____

- タバコは吸われますか

いいえ はい (1日 ___ 本 ___ 年間) 過去に吸っていた

- お酒は飲れますか

いいえ はい (毎日 週2~3回 週1回程度 それ以下)

- 女性の方におたずねします ★現在妊娠中ですか

いいえ はい (予定日 年 月 日) 可能性がある 不明

- ハッピーねもとクリニックを受診された理由に○をつけて下さい

- 1 近くに住んでいる、または近くに勤めている
- 2 家族が当院に受診している
- 3 知人にはすすめられた
- 4 他の病院・医院から紹介された
- 5 当院のホームページを見た
- 6 電話帳などを見た → (・電話帳 ・暮らしの便利帳 ・タウンガイド)
- 7 看板を見た → (・電柱 ・道路 ・京阪上栄町駅構内)
- 8 その他() ご協力ありがとうございました