

受付番号 _____

令和 年 月 日

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

該当する項目に 印、詳細項目に○印、分かる範囲でご記入下さい。

◆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 ()
◆体温 () °C ☆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）
■女性にお尋ね致します。 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 (歳)
◆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"/> パソコンで検索 <input type="checkbox"/> スマホで検索 <input type="checkbox"/> 他の病院からの紹介 病院名 () <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()