

記入日 令和 年 月 日

## 初診の方へ

フリガナ \_\_\_\_\_ 男 生年月日 大・昭・平 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 女

ご記入頂く方が別の方の場合・お名前 \_\_\_\_\_ 配偶者 子 親 他( )

★診察をスムーズに行うために、以下のことについてあらかじめご記入いただいております。  
当てはまる□にチェックをお願いします。ご記入いただいた内容につきまして、診察の前に  
医療相談員が簡単にお話をうかがわせていただきます。

1. 今回、ご相談されたい主な症状はどのようなものですか？(具体的にご記入ください)

\_\_\_\_\_

2. いつ頃から始まりましたか？

年 月頃から (または 歳ころ)

3. 思い当たるきっかけはありますか？

ない ある(内容 \_\_\_\_\_)

4. 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？

いいえ はい → 医療機関名( \_\_\_\_\_ 病院・ \_\_\_\_\_ クリニック)

5. 現在服用されている薬はありますか？(市販の薬も含めて)

いいえ はい → お薬の( \_\_\_\_\_)

6. 今までにかかった主な病気やケガについてお書きください。

なし あり → 病名または内容 ( \_\_\_\_\_)

7. ●睡眠・良い 普通 悪い ●食欲・良い 普通 悪い

●便秘・ない 軽い ひどい ●下痢・ない 軽い ひどい

8. 当院をどこでお知りになりましたか？

他病院・クリニックの紹介 知人から ハローページ インターネット

スクールセーフティマップ

看板(桑名駅・四日市駅・道路) その他( \_\_\_\_\_)

10. そのほか診察にご希望があればお書きください。

\_\_\_\_\_

ご記入が終わられましたら、受付にお渡しく下さい。