



# 曾野医院初診時間診票

来院日時：平成 年 月 日

ふりがな

受診者名： 様

生年月日： ( 明治・大正・昭和・平成 ) 年 月 日 ( 歳)

性別： 男・女 体重： Kg

住所：〒

電話： ( ) — (携帯： )

**E-mail：**

- ① 今日はどうされましたか？  
いつ頃から症状はどのような具合ですか？ご記入下さい

[ ]

- ② 以前に病気をされたことはありますか？

ない。

ある。 : 高血圧・ 脳卒中・ 心臓病・ 肝臓病・ 気管支喘息・ 糖尿病

高脂血症・ 胃潰瘍 ・ 癌 (場所： )・

アレルギー ( 鼻・皮膚 )

その他 ( )

- ③ 以前に手術を受けたことはありますか？

ない。

ある。 ( )

※裏面もあります。

- ④ 現在、他の医療機関で薬をもらっていますか？（他院で治療中の病気がありますか？）  
 ない。  
 ある。 : 血圧を下げる薬・糖尿の薬・肝臓の薬・胃腸の薬・痛み止め  
 コレステロールや脂肪を下げる薬・その他（ ）  
 よろしければ、処方医療機関名も教えてください。  
 （ ）
- ⑤ 以前に注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹が出たりしたことがありますか？  
 ない。  
 ある。（薬名： ）
- ⑥ 家族の中に病気を持っている方はいますか？  
 ない。  
 ある。 : 高血圧・ 脳卒中・ 心臓病・ 肝臓病・ 喘息・ 糖尿病  
 癌（場所： ）・ 胃潰瘍・ アレルギー（ 鼻 皮膚 ）  
 その他（ ）
- ⑦ 妊娠していますか？ あるいは妊娠の疑いがありますか？  
 していない。 している。（ 週）
- ⑧ 授乳していますか？  
 していない。 している。
- ⑨ 喫煙されますか？  
 しない。 する。（ 本／日）
- ⑩ 飲酒されますか？  
 しない。 する。（ 合／日）
- ⑪ 薬剤についてお尋ねします。  
 お薬は： ジェネリックがあれば優先的に使いたい  
 医師に任せる  
 内服薬は： 粉薬 ・ 錠剤 ・ シロップ を出してほしい
- ⑫ ハリを希望しますか？  
 しない。 する。  
 <希望されるへのお願い：初診時においては、諸検査を行い、適応があれば、  
 ハリを致しますのでご了承願います。>
- ⑬ 当院をどのようにしてお知りになりましたか。  
 広告（看板・電話帳）・隣人・知人（よろしければお名前を教えてください。）（ 様）  
 ・他医院及病院の先生のご紹介・HP  
 その他（ ）
- \* 診察は原則的には受付順にさせていただきます。（治療内容で前後する場合がありますので、  
 ご了承下さい。）
- \* 特に体調の悪い方はこの限りではありませんので、お気軽に受付までお知らせ下さい。