初 診 受 付 カ ー ド

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　　名	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日　　歳
住　　所	〒
電話番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ 保護者名	既婚の方は配偶者。未婚の方は父又は母。その他に該当の方は受付までお尋ね下さい。 続　柄
保護者生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日　　歳
保護者住所	〒
保護者電話番号	

少し伺いたい事が有りますので、下記の問いにお答え下さい。

＊ 本日、紹介状はお持ちですか？　　はい　・　いいえ

＊ あなたは風邪薬や注射で湿疹が出たり、ショック症状や
ｱﾚﾙｷﾞｰをおこした事がありますか？
はい　　いいえ

＊ 今まで大きな手術、入院をされた事がありますか？
はい　　いいえ
（ 病　名　　）

＊ 現在病気で他の医療機関に通院され、薬をもらっていらっしゃいますか？
はい　　いいえ
（ 病 院 名　　）

＊ 女性の方へ。現在妊娠していらっしゃいますか？
はい　　いいえ　　わからない

＊ 本日受診の理由を簡単にお書きください。　（例・不眠、ｲﾗｲﾗする、落ち着かない等）

2枚目・3枚目に問診表がございます。おわかりになる範囲で結構ですので御記入ください。