初 診 受 付 カ ー ド

平成　年　月　日

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			
携帯番号			
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		保護者 携帯番号	
付き添い者の氏名		付添い者 携帯番号	

－

＊　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）

＊ご自宅に連絡する場合がございますが松原病院の病院名を出してもよろしいでしょうか？
はい　　いいえ

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。