

初診申込書



医療法人社団 Agen

ふじい リウマチ・骨・関節クリニック

カルテNo.

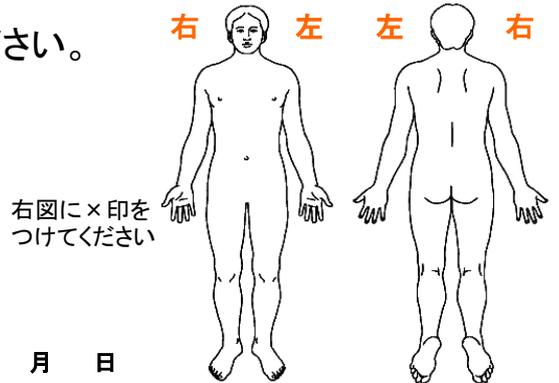
R 年 月 日

フリガナ				男・女	生年月日	大昭平令	年	月	日生
氏名	様								才
住所	〒 —								
電話	自宅	() —	携帯	() —					
緊急連絡先 (本人以外のTEL)	※必ず本人以外の電話番号をご記入ください () —			氏名・続柄	※必ずご記入ください				

◆ 診療に大切なことです。わかる範囲で記入してください。

1) どこがどのように具合が悪いですか。その症状はいつから始まりましたか。

いつ ...
どこが ...
症状 ...
何をしてからか ...



※該当する方は ○ -----▶ (交通事故 ・ 労災予定) 受傷日 年 月 日

2) 現在、他院で受診していますか。 -----▶ (うけている ・ いない)

- うけている方⇒ 内科 心療内科・精神科 外科 脳神経外科 皮膚科 眼科
泌尿器科 産科・婦人科 歯科 耳鼻咽喉科 その他()

どのような病気ですか -----▶ []

3) 現在、服用している薬がありますか。 -----▶ (服用している ・ 服用していない)

どのような薬ですか -----▶ []

お薬手帳はお持ちですか -----▶ [持っている ・ 持っていない
今日は持ってきていない]

4) 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。 -----▶ (ある ・ ない ・ わからない)

どのような病気ですか -----▶ []

5) 現在、ペースメーカーまたは人工関節、人工弁等をつけられていますか。 -----▶ (つけている ・ つけていない)

6) アレルギー体質とか、異常体質といわれたことがありますか。 -----▶ (ある ・ ない ・ わからない)

どのようなアレルギーですか -----▶ []

7) 注射やのみ薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか。 -----▶ (ある ・ ない ・ わからない)

どのような薬ですか -----▶ []

8) ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか。 -----▶ (はい ・ いいえ ・ わからない)

9) どのようなお仕事をされていますか。 -----▶ (立ち仕事 ・ デスクワーク ・ 重い物を持つ ・ 学生 ・ その他 [])

10) 当院をどのようにお知りになりましたか。 -----▶ (家族、知人の紹介 ・ 電柱看板 ・ バス広告 ・ インターネット ・ 通りがかり)

11) 65歳以上の方にお聞きます。介護サービスを利用するための要介護認定をお持ちですか。 ---▶ (持っている ・ 持っていない)

12) 女性の方にお聞きます。

現在、妊娠していますか。あるいは妊娠の疑いがありますか。 -----▶ (ある ・ ない ・ わからない)

現在、授乳中ですか。 -----▶ (はい ・ いいえ)

本人又は保護者のサイン ()