

ID:

年 月 日

### 初診時間診票

フリガナ 氏名		男 女	来院のきっかけは <input type="checkbox"/> 知り合いの紹介 (様) <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 才		
住所	〒 -		
電話番号	( ) ・ 携帯 ( )		
身長	cm	体重	Kg
		体温	°C

1) どのような症状でお困りですか？また、それはいつ頃からですか？

2) 現在、どちらかの医師の診察を受けていますか？（はい・いいえ）

病名: 病院名: 内服薬:

3) いままでにかかった病気、手術、けが、あるいは入院などの経験はありますか？

(例: 緑内障: 50 才 ・ 喘息: 15 才 ・ 前立腺肥大で手術: 65 才)

4) 近親者(血のつながった方)に以下の病気はありますか？下の( )にどなたかも記入をお願いします。

<b>記入例</b>		癌・臓器	癌・臓器	脳梗塞	脳出血	心筋梗塞
癌	高血圧	( )	( )	( )	( )	( )
(父・胃)	(母・祖父)	狭心症	糖尿病	高血圧	高脂血症	肝炎 腎臓病
		( )	( )	( )	( )	( ) ( )

5) 食物や薬にアレルギーはありますか？（ない・ある）

食物: その他:  
お薬: (花粉症・アトピーなど)

6) 嗜好品について、記入をお願いします。

たばこ: 吸わない 吸う (1 日に 本程度 ・ 年間) ・ 以前吸っていた  
お酒: 飲まない 飲む (毎日 杯程度 ・ 週に1~3回 ・ 時々付き合いで)

7) 女性の方へ (診療に重要ですので記入をお願いします。)

妊娠していますか? いいえ ・ はい ( か月) ・ 可能性あり  
授乳中ですか? いいえ ・ はい ・ 断乳可能 ( 時間)

\* 本院がお預かりする患者さまの個人情報の取り扱いについては、医療サービスの提供・本院の運営管理の目的に特定して利用させていただきます。(法令により開示を求められた場合は除きます。)

\* 本院は電子カルテシステムを採用しております。患者様の誤認防止の為、初診時のみ診察室内で顔写真の撮影をさせていただきます。顔写真は本院の電子カルテでのみ使用させていただきます。ご了承ください。

\* 本院はオンライン資格確認システムを導入しております。(医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2022 年 10 月 ~)