

初めて受診される方へ

お名前	フリガナ) 男 女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
		電話番号	携帯)	-	-		
		自宅)	-	-			
住所	(〒 -)						

受付時マイナンバーカードを使用しましたか？		診療情報取得に同意しましたか？	
いいえ ・ はい の方 <input type="checkbox"/>		はい ・ いいえ	
どんな症状でお困りですか？		症状のある部位に、○を付けてください	
思い当たる原因はありますか？			
いつごろから症状がありますか？	年 月 日頃から 又は 日前 ヶ月前 年前から		
以前どこかで治療を受けましたか？	はい → どちらで？ いいえ		

薬・注射・食べ物などでアレルギーは？	なし あり ()
大きな病気・けがや手術の経験は？	はい → 手術 骨折 病気 事故 捻挫 ギックリ腰 いいえ その他
手術で、体の中に金属がありますか？	いいえ はい → ペースメーカー 他 ()
治療中の病気がありましたら、○を付けてください	高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 その他
服用している薬はありますか？	なし あり ()

お仕事は？	事務 営業 力仕事 主婦 立ち仕事 他 ()
運動は行っていますか？	いいえ はい (どんな？) → 頻度 回/ 日・週・月

女性の方へ 出産経験はありますか？	【出産経験】 なし あり (回)
妊娠されていますか？	【妊娠】 いいえ 分からない はい (ヶ月)
授乳されていますか？	【授乳】 いいえ はい
身長と体重は？	身長 (cm) 体重 (kg)

薬の受け取り場所のご希望は？	アイセイ (当院門前) その他
明細書発行のご希望はありますか？	いいえ はい
診察や治療で、ご希望されることはありますか？	いいえ はい ()
当院を、どこでお知りになりましたか？	知人 友人 ネット 看板 電話帳 新聞広告 他 ()