受　診　カ　ー　ド

平成　　年　　月　　日

フリガナ 氏　　名 生年月日　（明・大・昭・平）　　年　　月　　日生 既婚・未婚	男・女（満　　才）	健保（本人・家族） 国保（本人・家族） 労災・事故・自費

住　　所　〒　　－

電話番号　　－　　－　　ファックス　　－　　－

◎ 当院受診は　□ はじめて　□（　　）カ月前にある　（　　）年前にある

◎ 今までに薬・注射によって、副作用を生じたことがありますか？
□ ない　□ ある－薬の名　　症状　　（　　才頃）

◎ 今までにアレルギー体質がありましたか？
□ アトピー性皮膚炎　□ じんましん
□ アレルギー性鼻炎　□ アレルギー性結膜炎

◎ 今までにかかった病気でお伝えしたい病名はありますか？
□ ない　□ ある－病名　①　　（　　才頃）　②　　（　　才頃）

◎ 今回の受診は次のどの症状ですか？
□ 皮膚疾患（しっしん、かゆみ、できもの、やけど、水虫、その他）
□ 胃腸疾患（腹痛、はきけ、胃もたれ、食欲不振、下痢、便秘、腹満）
□ 泌尿器疾患（排尿痛、排尿回数増加、排尿困難など）
□ 大腸肛門疾患（肛門痛、血便、痔、その他）
□ かぜ症状（せき、のどの痛み、発熱、頭痛）
□ その他の内科疾患（　　）
□ 体の痛み（頭痛、胸部痛、腰痛、頚肩痛、四肢の痛み）
□ けが（頭部、頚部、胸部、背部、臀部、上肢、下肢、手、足）
＊ 原因－仕事中のけが（労災）、交通事故、その他

■ 今回の症状はいつ頃からですか
□（　　日前）　□（　　カ月前）　□（　　年前頃）
□ その他（健康診断、予防接種、その他　　）

◎ 現在他の病医院にかかっておられますか？
□ かかっていない
□ かかっている（　　）病院・医院
◇ 薬をもらっている－持参しておられたら医師に見せて下さい
◇ 薬をもらっていない

女性の方へ：□ 妊娠中　□ 妊娠の可能性　□ 授乳中
該当の□にチェックをして下さい。

◎ 診察等のために患者様の呼び込みに氏名を呼ばれて困る方は申し出て下さい。