

**※初診の方※**

**カルテ作成の為順番が**

**遅れることがあります**

受診日 年 月 日

**※ 仕事場でのやけど、けがの場合は必ず受付にお申し出下さい。**

お名前	ふりがな	男 女	職 業	体 重	お子様の場合 Kg	昭 平 令	年	月	日
	(郵便番号の記入をお願いします)						年齢	才	ヶ月
住所				自宅 携 帯	-	-			

※ 入院、入所されていますか？  いいえ  はい (施設名: )

① 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

インターネット  知人より  道路看板  その他 ( )

② 本日はどのような症状で来院されましたか？

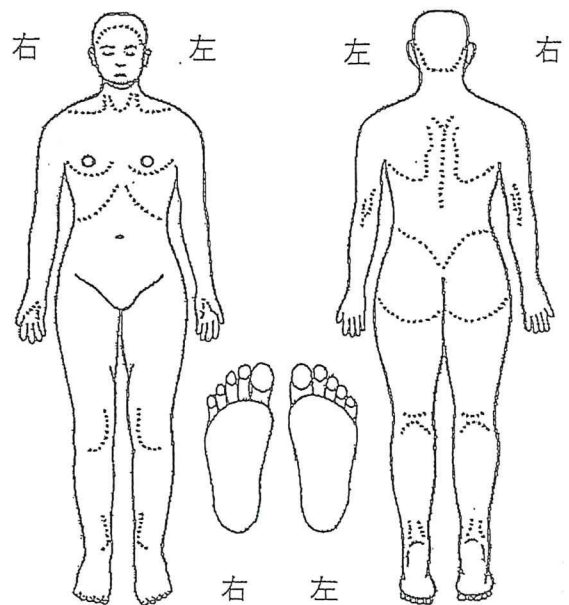
A いつから  
( ) 日前より ( ) 週前より ( ) ヶ月前より ( ) 年前より

B どこに (部位) 症状が出ていますか？ 右図に○をつけて下さい。  
右図に○をつけて下さい。  
例) 頭、顔、口腔、耳、首、胸、腹、手、足、上肢 (うで)、下肢、おしり、陰部  
( )

C どのような  
例) かゆみ、痛み、にきび、水虫、イボ、動物に咬まれた、床ずれ  
( )

D 美容相談  
例) シミ、シワ、ほうれい線、脱毛、その他  
( )

E かかりつけの小児科  
( )



③ ②の症状で今までに治療を受けましたか？

いいえ  はい 病院名: ( )  
薬品名: (飲み薬: ) (ぬり薬: )

④ ②の症状以外で現在治療中の病気はありますか？

いいえ  はい 病名: ( ) 病院名: ( )  
薬品名: (飲み薬: ) (ぬり薬: )

⑤ 今までにかかった病気、年齢を教えてください

年齢 ( ) 才 病気 ( )

◇家族の方が次の病気にかかった事がありますか？○印をつけて下さい

ぜんそく、アトピー性皮膚炎、じんましん、肝臓病、腎臓病、糖尿病 特に無し

その他 (特別な病気があればお書き下さい)

無  有 ( )

⑥ アレルギー (お薬・抗生剤・たべもの等) はありますか？

無  有 ( )

⑦ ご婦人の方にお尋ねします

現在妊娠中ですか？  はい ( ) ヶ月  可能性あり  いいえ

現在授乳中ですか？  はい  いいえ

⑧ 『これだけは伝えておきたい』という事がありましたらお書きください。

( )

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用に御協力をお願いします。