

初診時間診票（小菅医院・横浜朱雀漢方医学センター共通）

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	殿（男・女）		年 月 日
住所	〒  TEL（ ） 携 帯（ ） *緊急連絡先（ ）		

1. 本日のお体の症状、または当院にてご相談なされたい内容についてお書きください。

[ ]

- \* ご希望の診療科は？・・・内科一般 ・ 小児科 ・ 血液内科 ・ 消化器科  
 （○を付けてください） 循環器科 ・ 生活習慣病外来（動脈硬化）・ 整形外科  
 アレルギー科 ・ 婦人科 ・ 心療内科 ・ 漢方外来

\* 特に受診を希望される医師がいる場合にご記入ください。（ 先生 ）

2. 現在、どちらかの医療機関におかかりですか？ （ は い ・ いいえ ）

「 は い 」とお答えの方へ・・・病 名：[ ]

服用中のお薬：[ ]

3. これまでに病気で長期間治療を受けたり、入院したことはありますか？

（ は い ・ いいえ ）

「 は い 」とお答えの方へ・・・病 名：[ ]

いつ頃ですか？：[ ]

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

（ は い ・ いいえ ）

「 は い 」とお答えの方へ・・・その薬は？：[ ]

その食べ物は？：[ ]

5. 当院での治療について、何かご要望がありましたらご記入ください。

[ ]

★ 女性の方にお伺いします。（○を付けてください）

\* 妊娠されていますか？ いいえ ・ わからない ・ は い（ 週目）

\* 授乳中ですか？ いいえ ・ は い