

初診時間診票（小菅医院・小菅医院 漢方医学部門共通）

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 ・ 整形外科 ・ アレルギー科
 婦人科 ・ 心療内科 ・ 漢方内科

* 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