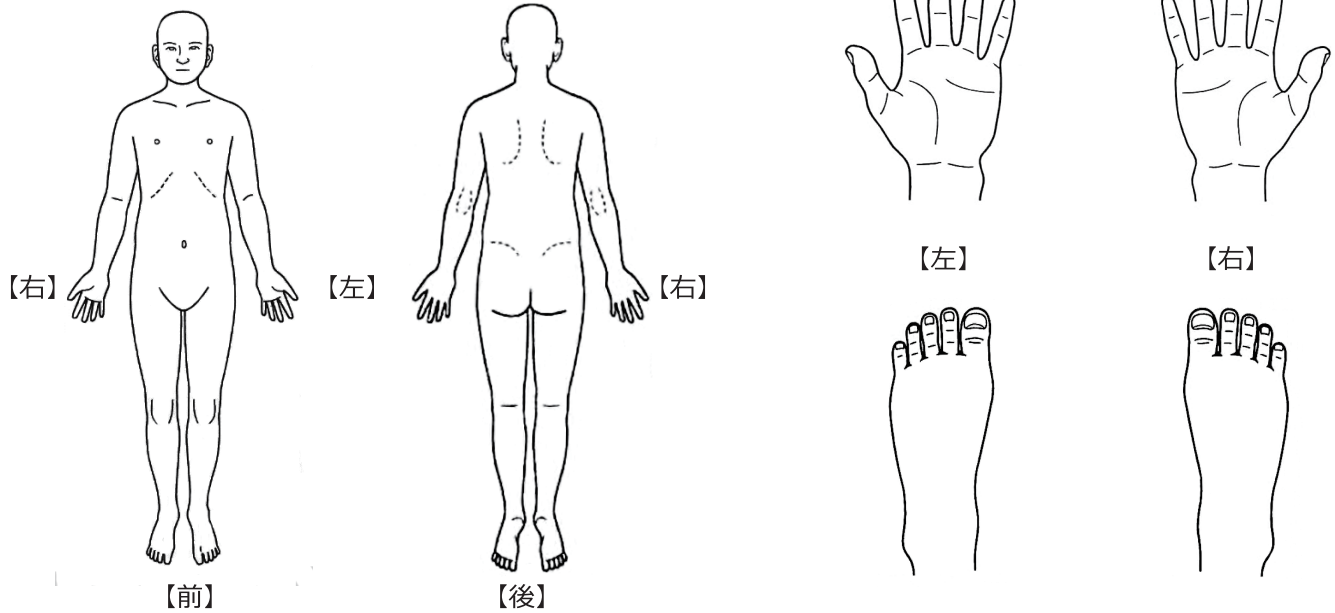


はじめて診察を受けられる方へ

フリガナ		男・女	電話番号	(自宅)
氏名				(携帯)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(才)	住所	〒	

【具合の悪いところを○で囲んで下さい。】



下記の設問で、あてはまる事がらに○をつけて下さい。

保険診療・事故・労災

1: どなたかの紹介ですか?	(はい・いいえ) _____ 様 (インターネット・電話帳)
2: 今、何か薬を飲んでいますか?	(はい・いいえ): 何の薬ですか? ()
3: 薬のアレルギーはありますか?	(ある・ない): どんなアレルギーですか? ()
4: その他のアレルギーはありますか?	(ある・ない): どんなアレルギーですか? ()
5: 体の中に金属は入っていますか?	(歯・その他): ()
6: 学校でのケガですか?	(はい・いいえ)

● 高血圧	(ある・ない)	● 糖尿病	(ある・ない)	● 胃腸病	(ある・ない)
● 肝臓病	(ある・ない)	● 腎臓病	(ある・ない)	● 心臓病	(ある・ない)
● 手術をした事がありますか?	(ある・ない)				
● 麻酔で気分が悪くなった事がありますか?	(ある・ない)				
● 今、妊娠している / 妊娠している可能性がありますか?	(ある・ない)				

保険診療以外の患者様は、本人確認の為、身分証明書（保険証・免許証）をご提示下さい。