

# 外来問診票（初診）

職員記入欄 年 月 日  
BT BP / mmHg  
SpO2(RA) % PR bpm

受付番号

(氏名) (フリガナ) 男 女

(生年月日) 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

(住所) 〒

(電話番号) 必要時クリニックから連絡してよい番号を記入してください)

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

年 月 日より

■ 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい 医療機関名 (日時)

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば記入してください。

■ 現在、飲んでる薬はありますか？

なし あり

裏面もあります

■ 今までに手術の経験はありますか？

なし あり (病名・日時 )

■ 輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

■ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり ( )

■ 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ ない ある 週

現在授乳中ですか？ いいえ はい

■ 受診される皆さまへ

以下の記載事項について予めご了承くださいませようお願いいたします。

院内は全面禁煙です。

毎月初回受診日には「保険証」の確認をいたしますので必ず「保険証」を提示してください。提示されないと自費扱いとなる場合がありますので、ご注意願います。「公費医療等の受給者証」をお持ちの方は、保険証とともに提出してください。

お持ちの保険証が変わったとき、あるいは記載内容に変更があったときには、その都度受付へお申し出ください。また氏名・住所・電話番号に変更があった方は、事前に受付へお申し出ください。

交通事故・労災による診療や区民健診はおこなっていません。

領収書と診療明細書、処方箋の再発行は行いませんので、会計終了時にご確認ください。

基本的には受付された順番でお呼びしていますが、診察の内容により順番が多少前後する場合がございます。

診察券は発行いたしません。再診時は氏名と生年月日、電話番号の確認をおこないません。