

ふりがな：	男 ・ 女	住所： 〒 _____ - _____
氏名：		
※本名でお呼びすることに差し障りがある方はお申し出ください		
生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		電話番号： _____ - _____ 携帯電話： _____ - _____

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

・本院(わかば宮本医院)に通院歴はございますか？ あり ・ なし

・今日はどうされましたか？ 当てはまるものに○をつけてください

頭痛・発熱・鼻炎・咳や痰・吐き気・下痢や腹痛・

高血圧・検査異常・腰痛や関節痛・けが・検査希望

診断書・予防注射・プラセンタ注射

その他

**※心療内科・物忘れ・禁煙外来は予約制になっております。**

・以下の病気などで治療を受けたことがある、または今現在受けていますか？

糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・結核・脳血管疾患・胃腸疾患・内分泌疾患(甲状腺など)

がん・緑内障・前立腺肥大・メンタル・その他重要なもの

・手術を受けた経験はありますか？ なし ・ あり

・現在服用中の薬はありますか？(お薬手帳などあれば見せてください) なし ・ あり

・お薬や食べ物でアレルギーまたは副作用はありますか？ なし ・ あり

・特定健診の受診歴 なし ・ あり ( 年 月 日)

・お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 飲む

・タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う / 以前吸っていた

・最近外国から帰国されましたか？ いいえ ・ はい

・女性の方へ 現在 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい ・ わからない

・介護保険の申請を希望しますか？ いいえ ・ はい

当院を何で知りましたか？ よろしければ下記該当項目に○をつけてください

ネット検索・口コミ(知人や家族から)・近くを通った・他院からの勧め・その他

当院までの交通手段を教えてください 車(又はタクシー)・電車・バス・自転車(又はバイク)・徒歩