

はじめての方に

フリガナ

氏名 (男・女)

大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)

住所 〒

電話 () - 携帯番号 () -

※携帯番号のご記入にご協力ください

厚生労働省の後発医薬品(ジェネリック)促進の方針に従って、当院では後発医薬品の使用に積極的に取り組んでおります。

先発品ご希望の場合は、事前にご申告頂きますようお願い致します。

※ただし、当院は院内処方ですので取り扱っている薬剤数に限りがあるため、ご希望に添えない場合もございますことをご承知おきください。

1) 当クリニックを何でお知りになりましたか？

- 知人・友人の紹介 インターネット 他院からの紹介
 家族が受診している その他()

2) 今日はどうされましたか？

- 来院時(°C)
 発熱 のどが痛い 咳 たん 鼻水 腹痛 下痢
 便秘 はき気 嘔吐 胃痛 動悸 胸痛 頭痛
 肩こり 腰痛 関節痛 その他()

3) それはいつからですか？ ()

4) 他院で治療を受けている病気はありますか？ はい いいえ

「はい」の場合はどんな病気ですか？

- 高血圧 心臓病 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 腎臓病
 肝臓 胆のう すい臓 食道 胃 腸 甲状腺
 肺疾患 婦人科 アレルギー 耳鼻科 眼科 整形外科
 皮膚科 泌尿器科 膠原病 その他()

5) 家族に高血圧・糖尿病・アレルギー等の方はみえますか？ はい いいえ

6) 今、飲んでいる薬はありますか？ はい いいえ

「はい」の場合は薬の名前を教えてください。

()

7) お薬手帳をお持ちですか？ 持参 忘れ 発行希望

8) 今まで薬や注射で蕁麻疹やアレルギー反応などの副作用が出たことがありますか？

- はい いいえ

「はい」の場合は薬の名前を教えてください。

()

9) **女性の方にお聞きします。** 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

- はい いいえ

10) 当院からのダイレクトメール(インフルエンザ予防接種、お知らせ等)を希望されますか？ はい いいえ