◆◆◆ 受診受付票 ◆◆◆

受付番号

ふりがな		男 ・ 女
お名前		
ご住所	□ マイナンバーカード登録の住所と同じ（住所の記入は必要ありません）	
	それ以外の方はご記入ください 〒　　－	
生年月日	□大正　□昭和　□平成　□令和　□西暦　　年　　月　　日	
電話番号	※連絡のつきやすい電話番号をご記入ください	
ご職業		

◆ 次の病気がありますか？
□高血圧　□心臓の病気　□糖尿病　□肝機能障害　□腎機能障害　□血液の病気
□緑内障　□前立腺肥大症

◆ 上記の病気以外で病院にかかっているご病気はありますか？
□ いいえ　□ はい　病名（　　）

◆ 今、飲んでいるお薬はありますか？
□ いいえ
□ はい　お薬手帳を持参されている方は受付票とともに提出してください。
お薬手帳を持参されていない方は、お薬の名前をご記入ください。

（　　）

◆ 今までかかった大きな病気があればお書き下さい。
（　　）

◆ 薬や食べ物、花粉や金属類などのアレルギーはありますか？
□ いいえ　□ はい　何のアレルギーですか？（　　）

◆ 喫煙の習慣がありますか？
□ いいえ　□ 禁煙中　□ 喫煙の習慣がある

◆ アルコールは飲みますか？
□ いいえ　□ ときどき　□ ほぼ毎日

◆ 女性のみお答え下さい。該当する項目にチェックしてください。
□ 妊娠の可能性がある　□ 妊娠中（　　週目）　□ 授乳中　□ いずれも該当しない

ご記入ありがとうございました

症状についてはこのあと看護師が問診を伺います