

ID	
----	--



Kato medical clinic

診療申込書（初診）

Date	
------	--

(フリガナ) 氏名	()	性別	男・女	年齢	才
		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月
住所	〒				
電話	自宅：		携帯：		

・現在調子のわるいところは（いつ頃からなど）

()

・今までに薬や食べ物でアレルギーはありますか

はい () いいえ

・通院中の病気、もしくは今まで治療を受けた病気はありますか

高血圧 心臓病 脳梗塞 脳出血 高脂血症 糖尿病 肝臓病
腎臓病 喘息 結核 前立腺肥大(男性の場合) 緑内障(眼の圧が高い)
手術歴 () 慢性呼吸器疾患 リウマチ
悪性腫瘍 () その他 ()

・現在飲んでいる薬はありますか はい いいえ

薬手帳がない場合、薬剤名記載 ()

(マイナ保険証で同意された方は、2ヶ月以上前からの処方薬は、記載不要です)

・たばこは吸いますか 吸わない 吸っている 1日 本

以前吸っていた 1日 本 年間

・かかりつけ医（他院）がありましたら記入してください ()

・定期的にもしくは最近 1 年間に健康診断を受けていますか はい いいえ

受けている場合は主な結果 ()

(本日持参している場合は、受付に提出してください)

・女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ はい (出産予定日 年 月 日) いいえ

妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 授乳中ですか？ はい いいえ

他の医療機関からの紹介状や検査データがある場合は、受付に提出してください