

受 診 票

受診日 年 月 日

石田クリニック

住 所							
フリガナ	明治・大正・昭和・平成						
氏 名		男・女	年	月	日生 ()	歳	
	未婚・既婚・他 ()						
自宅電話	()	-	左記外 連絡先	()	-		
職 業	勤務先名		電 話				
			() -				
	住所			職 種			

診療の際重要ですから、下記のことがらをよく読んで、いずれかに○印を入れて下さい。

1. 最近、渡航歴はありますか ない・ある (頃 国へ)
 最近、渡航歴者との接触の可能性はありましたか いいえ・はい

2. 本日はどうなさいましたか (具体的に)

3. 医師に「異常体質」といわれたことがありますか ない・わからない・ある

4. アレルギーはありますか ない・わからない・ある ()

5. 注射・飲薬等で気分が悪くなったり、発疹ができたことはありますか
 ない・わからない・ある 薬品名: _____

6. 現在、どこか他の病院に通院していますか

いない・いる・病院名: _____

7. 現在、何かお薬はのんでいますか (常備薬・市販薬等)

いない・いる・薬品名: _____

8. 今までに何か病気等で治療を受けたことはありますか ない・ある

緑内障	ぜんそく	テンカン	頭の病気	肺の病気	心臓病	肝臓病	糖尿病
前立腺炎	膵臓の病気	胃の病気	腸の病気	低血圧	高血圧	腎臓病	泌尿器系
婦人科系	交通事故	骨折	その他				

9. 今までに入院・手術等したことはありますか ない・ある

入院 病名 _____ いつ頃 _____ 病院名 _____

手術 病名 _____ いつ頃 _____ 病院名 _____

10. 女性の方へ 現在、妊娠あるいはその可能性はありますか

ない・わからない・ある _____ ヶ月・授乳中