初 診 申 込 書

脳神経外科 山本クリニック

年　　月　　日

フリガナ 氏　名		男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日　　才	
住　所	〒	
	電話自宅	
	携帯番号	
今までに当院を診察された事がありますか？	ある	ない

以下は診察上大切なことですので必ず記入してください。

※マイナ保険証オンラインによる保険情報・診療情報の取得をさせて頂きます。

1．他の医療機関の紹介状はお持ちですか？　（　ある　・　ない　）

2．今の症状（どのように具合が悪いですか？）紹介状をお持ちの方は記入不要です。

いつ頃からですか？

3．現在、あるいは、今までに次の病気にかかったことがありますか？
あれば〇でかこんでください。
糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・ぜんそく・胃腸病・リウマチ・結核
上記以外で大きな病気にかかったことがありますか？（入院や手術を要する病気等）

4．現在、他の医療機関に通院されていますか？
病名
医療機関名

5．服用している薬がありますか？　（ある ・ ない）
（あれば『お薬手帳』を受付にお出しください。）

6．アレルギー体質、異常体質などと言われたことはありますか？（ ある ・ ない ）
注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？（ ある ・ ない ）
局所麻酔（歯の治療、傷の縫合など）でショックをおこしたことがありますか？（ ある・ない ）

7．（女性または乳幼児に同伴のお母様）現在妊娠していますか？（ はい ・ いいえ ）
授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）