

# 受診票

令和 年 月 日

現住所	〒			
フリガナ		生年月日		
氏名		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	
電話番号	( ) —	性別	男・女	才
携帯電話番号	—	—		
本日、来院されたのは？（どうされましたか？）				
あなたは今までに、アレルギーがあると言われた事がありますか。（はい・いいえ）				
現在、服用されている薬はありますか。（はい・いいえ）				
〔 服用されている薬品名（病名） 〕				
あなたはけいれん性の体質がありますか。（はい・いいえ）				
あなたは現在までに、次の病気のいずれかにかかった事がありますか				
ぜんそく    じんましん    アレルギー疾患    心臓病    胃腸障害				
高血圧    腎臓病    肝臓病    糖尿病    異常体質				
あなたは上記以外に大きな病気や手術をした事がありますか。				
〔 病名 〕				
女性の方に。 現在、妊娠中あるいはその可能性はありますか。（はい・いいえ）				
最近、流産をした事がありますか。（はい・いいえ）				
あなたは現在、介護認定を受けていますか？（はい・いいえ）				
介護度    要支援    1・2    要介護    1・2・3・4・5				
当クリニックを何でお知りになりましたか？				
駅の広告    タウンページ    iタウンページ    タウンガイド				
知人の紹介    近所だから    その他（    ）				

ご記入が終わられましたら、受付にお出し下さい。

## 都クリニック