

古川 医 院 初 診 票

初 診 日	年 月 日
自 宅 住 所	〒 マンション名
フリガナ	
氏 名	(男・女) 電話 ( )
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生( 才)
勤 務 先 名	電話 ( )
症 状	

1. 注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹(じんましん等)がでたり、ショックを起こしたことがありますか。
2. ぬり薬でかぶれたりしたことがありますか。
3. 現在妊娠中ですか。
4. 現在医師の治療や投薬を受けていますか。
5. 局所麻酔(歯の治療、傷の縫合など)で、気分が悪くなったことがありますか。
6. かかったことのある病気に○印をつけて下さい。

有(その名前  
無 ・ 不明  
有(その名前  
無 ・ 不明  
有( ケ月  
無 ・ 不明  
有(  
無 ・ 不明  
有 ・ 無 ・ 不明

肝臓病・腎臓病・糖尿病・胸部疾患・心臓病・高血圧・胃腸病・異常体質  
緑内障・前立腺肥大  
公害認定病  
その他(

き  
り  
と  
り