

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。

有(その名前
無 ・ 不明

2. ぬり薬でかぶれたりしたことがありますか。

有(その名前
無 ・ 不明

3. 現在妊娠中ですか。

有(月
無 ・ 不明

4. 現在医師の治療や投薬を受けていますか。

有(無 ・ 不明

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。

有 ・ 無 ・ 不明

6. かかったことのある病気に○印をつけて下さい。

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