

【初診受付表】

ふりがな		男・女	生年月日		
名前			明・大・昭・平	年	月
住所	〒 —				
自宅TEL		携帯TEL			
身長		cm	体重		kg
					体温
					℃
本日はどのようなご相談ですか？ 該当する所へ○をして下さい *分からなければ空白で構いません。	漢方内科 皮膚科 漢方婦人科 漢方心療内科 内科 整形外科...鍼治療の希望(する・しない・相談したい) その他()				
症状をお書き下さい。	痛い・しびれる・腫れ かゆい・怠い・その他		その他の症状はこちらへ		
どちらの部位ですか？	頭・顔・首・肩・腰・腕・ひじ・手・手首・手の指・股・お尻・ひざ ふくらはぎ・足首・かかと・足の裏・足の甲・足の指・背中				
その症状はいつ頃からですか？	今日(来院日 当日)・昨日・2.3日前・1週間前・その他()				
今までになにか大きな病気にかかったり手術をしたことはありますか？	() 歳 () 歳				
該当する場合は○をして下さい	B型肝炎 C型肝炎 HIV/AIDS 薬物アレルギー(薬品名) 食物アレルギー(食品名)				
現在通院中ですか？	病名	病院名	服用中の薬		
タバコは吸いますか？	いいえ はい()本/日位) 以前に吸っていた()年前)				
お酒はお飲みになりますか？	飲まない とときどき飲む 毎日飲む(一日の量:)				
ご家族に右の疾患がある場合は○をし続柄をご記入下さい	高血圧症(続柄:) 糖尿病(続柄:) 癌(続柄:) ※癌に○をした場合の癌の種類:()				
現在の体調・症状などを ご記入下さい。 該当する所へ○をして下さい	足指先冷え(あり・自覚なし) ストレス(あり・自覚なし) 睡眠(寝つきが悪い・眠りが浅い・途中で目が覚める・問題ない) 入眠時間()時 起床時間()時 平均の睡眠時間 時間程度 便秘()日に()回)(硬・普・軟・水様・出にくい・問題ない)				
その他気になる症状があれば○をして下さい	発熱 咽頭痛 頭痛 咳 痰 鼻水 鼻づまり めまい 吐き気 嘔吐 肩こり 腰痛 動悸 息切れ 胸やけ 胸痛 腹痛 胃もたれ 下痢 便秘 うつ 不眠 アトピー 蕁麻疹 湿疹 耳鳴り 婦人科疾患 (その他)				
現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？	いいえ	はい	どちらとも言えない		

差し支えなければ下記のアンケートにお答え下さい

当院を何でお知りになりましたか？					
インターネット	紹介()様)	看板	その他()		
上記でインターネットとお答えになった方にご質問です。以下のどれで検索しましたか？					
Google	YAHOO!	病院ナビ	漢方ナビ	その他検索サイト()	
検索する際に使ったキーワードをご記入下さい。(例)漢方 川崎					

ご協力ありがとうございました。東方医院