

初診・久しぶりに来院された方へ

記入日： 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日
	様	男・女	年 月 日(歳)
ご住所			電話番号
			携帯番号
緊急連絡先	①氏名：	続柄：	携帯番号
	②氏名：	続柄：	携帯番号
★3ヶ月以内に沼田脳外又は吾妻脳外で診療（入院）をしていましたか？ いいえ・はい 本日はどうされましたか？ その症状はいつからですか？			
現在治療中の病気はありますか？ 《病院名》→			
◎他院での内服薬をもらっている方にお伺いします。 お薬手帳や薬剤情報提供書などを持参していますか？ はい ・ 手帳は持っているが持参していない ・ いいえ お薬手帳へ処方内容のシール貼付を希望しますか？ はい ・ いいえ お薬手帳の発行希望はありますか？ はい ・ いいえ			
《今までに大きな病気・けが・手術をしていたら教えてください》			
※MRI検査が必要な場合、体に金属が入っているとできない場合があります。 ペースメーカーや骨折時の金属など なし ・ あり ()			
《アレルギーはありますか》 なし ・ あり →			
◎ たばこ 吸わない ・ 吸う (歳 ~ 1日 本) ◎ 飲酒 飲まない ・ 毎日飲む ・ 時々飲む (週 ・ 月に 日位) ※ 飲酒の方 酒の種類 (ビール・焼酎・ウイスキー・ワイン・日本酒・その他) 酒の量 (ml 本 ・ コップ 杯 ・ 合)			
◎対象の方はお答えください → 妊娠・授乳中ですか？ いいえ ・ はい			

★ 対象の方がおりましたらお答えください《介護保険についてお尋ねいたします》

介護申請	済み ・ 未 ・ 申請中	ケアマネ
介護度	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5	事業所
利用中の介護サービス		

★ 参考までに教えてください。当院を選んでいただいた理由は？

診療科が充実している・家族知人の紹介・口コミ・ホームページ・看板・広報誌 近いから・その他 ()
--