

はじめて来院された方へ

2021年（令和3年）

日

| | | | |
|------|---|--------|-----|
| ふりがな | | 年 月 日生 | |
| お名前 | | 電話 | () |
| ご住所 | 〒 | 携帯 | () |
| | | | |

（昼間、連絡の取れる電話番号をご記入ください）

1. どうなさいましたか？

熱、頭痛、関節痛、胸痛、のど、咳、たん、鼻水、腹痛、はき気、下痢、便秘、
発疹、食欲がない、元気がでない、息切れ、ケガ、健康診断

その他 ()

2. あてはまるものはありますか。 (ある・ない)

高血圧、糖尿病、高脂血症、気管支喘息、がん、花粉症、前立腺肥大、緑内障

3. 飲んでいる薬は (ある・ない)

(薬の名前は _____)

4. 入院、手術、化学療法、放射線療法を受けたことが (ある・ない)

(病名 _____, いつですか _____ 年頃)

5. 薬で具合が悪くなったことがありますか？ (ある・ない)

(薬の名前は _____)

6. 両親、祖父母、兄弟姉妹に病気はありますか？ (ある・ない)

高血圧、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、癌、喘息、その他 ()

7. タバコ (吸わない, 吸う→1日 _____ 本 _____ 歳から, 昔吸っていた)

8. アルコール (飲めない, 時々飲む, 毎日飲む), 1度に飲む量は

ビール _____ ml, 焼酎 _____ ml, その他 _____ ml

9. 身長 (_____ cm), 体重 (_____ kg)

10. 女性の方へ.

妊娠していますか？ いいえ・はい () か月, 可能性あり

授乳中ですか？ いいえ・はい

11. 診察・検査についてご希望がございましたら, お書きください

()

12. 当院を何でお知りになりましたか？

近所, 知人の紹介, インターネット, 保健所, その他 ()