

当院を初めて受診される方へ

下記の間診にご記入ください

受診日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	才
住所	〒		携帯Tel	
			☎ ()	

1. 今日はどうされましたか？（症状を具体的に書いてください。）

その症状はいつ頃からですか？ _____年 _____月 _____日 頃から

2. 熱はありますか？ (1. 有 2. 無) _____℃

3. 今治療中の病気、今までにかかった病気がありましたら○をつけてください。

- | | | | | | |
|------|-----|----------|------|--------|-----|
| 扁桃腺 | 中耳炎 | アレルギー性鼻炎 | 胃潰瘍 | 脳梗塞 | 糖尿病 |
| 肝臓病 | 脳卒中 | 十二指腸潰瘍 | 心臓病 | 緑内障 | 白内障 |
| ぜんそく | 高血圧 | 前立腺肥大 | 高脂血症 | その他() | |

4. あなたの肉親に下記のような病気がありましたら○をつけてください。

- | | | | | | | |
|------|-----|------|------|-----|--------|------|
| 糖尿病 | 高血圧 | 脳卒中 | ぜんそく | 心臓病 | 肝臓病 | 高脂血症 |
| リウマチ | 癌 | アトピー | | | その他() | |

5. これまでに薬や注射の副作用でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

1. 無 2. 有（わかれば薬の名前： _____）

6. 酒類はのみますか？

1. はい ビール _____本/日 ・ ウイスキー _____杯/日
日本酒 _____合/日
2. いいえ

7. タバコは吸いますか？

1. はい (_____本/日)
2. いいえ

8. 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

※女性の方にお聞きします。

9. 妊娠していますか(可能性があるときも)? 1. はい 2. いいえ

10. 授乳中ですか? 1. はい 2. いいえ