

～当院に初めて来院された方へ～

平成 年 月 日記入

フリガナ 氏名 男・女	生年月日 (明大昭平) 年 月 日 歳	
	電話番号 (必須) 携帯番号	
〒 住所	身長 c m	体重 k g
①今日はどうされましたか？		
②いつ頃から、そのような症状がでましたか？		
③これまでに、薬や注射でアレルギー反応を起こした事がありますか？ ある (何ですか？) ない		
④これまでにかかった病気がありましたら、ご記入下さい。 いつ頃？ 病名は？ (例 40歳 高血圧など)		
⑤手術をしたことがありますか？ある (手術名) ない		
⑥現在、他の病院にかかられていますか？ ・病院名は？ () ・病名は？ () ・内服薬は？ () お薬手帳があれば診察時に見せてください。		
⑦嗜好品についての質問です。 ・アルコールはお飲みになりますか？ (はい ・ いいえ) はいと答えた方は・・・ 毎日 ・ 週に()日 ・タバコは吸いますか？ (はい ・ いいえ) はいと答えた方は・・・ ()本/日		
⑧ご家族の病歴について質問です。いる方は病名、続柄を○でお答えください。 ・血縁者に (心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、糖尿病、高血圧など) の方はいますか？ いる (祖父 祖母 父 母 兄弟 姉妹) ・血縁者に (胃ガン、大腸ガン、肺ガン、乳ガン、前立腺ガンなど) の方はいますか？ いる (祖父 祖母 父 母 兄弟 姉妹)		
⑨女性の方に質問します。 ・現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ) ・授乳中ですか？ (はい ・ いいえ) ・最終月経はいつ頃ですか？ (月 日)		
⑩当院をどのように知りましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 自宅近く <input type="checkbox"/> 職場が近く <input type="checkbox"/> その他 ()		

◇お答え頂きましてご協力有り難うございました。診察の参考にさせていただきます。
さくら台土肥クリニック