～当院に初めて来院された方へ～　　令和　　年　　月　　日記入

ﾌﾘｶﾞﾅ 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 ｃｍ	体重 ｋｇ

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？
□インターネット　□知人の紹介　□自宅近く　□職場が近く　□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頂きます。

さくら台土肥クリニック