

# 初めて診察をお受け頂く方へ

カナ		生年月日	大正	年 月 日生
氏名			昭和 平成 令和	
住所	〒 -		年齢 ( 才 )	性別 ( 男 ・ 女 )
			電話	自宅 ( ) - 携帯 ( ) - 勤務先 ( ) -

※下記の項目については診療上、大切なことですので必ずご記入ください。

1	どのような症状ですか？	
2	体温 ( °C ) 熱はいつ頃から続いていますか？ ( )	
3	現在医師の治療を受けていますか？ ( はい ・ いいえ )	
4	現在、服用されてるお薬はありますか？	(服薬中のお薬)
今までにかかった病名について○印をつけて下さい。		
5	高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・甲状腺疾患・肝臓病・胃腸病・心臓病 呼吸器病・腎臓病・がん・前立腺肥大症・緑内障・その他	
6	以前に手術を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
		いつ頃？ ( ) 病名は？ ( )
7	以前に薬や注射、または食品等でアレルギー (発疹・気分不良など)を起こしたことがありますか？	はい ・ いいえ
		薬 ( ) 食品名 ( )
8	お酒はどれくらいのまれますか？	アルコール：1日 量 (ml)
	タバコはどれくらい吸われますか？	タバコ :1日 本
血縁の方にあてはまる病名があれば○印をつけて下さい。		
9	高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・甲状腺疾患・肝臓病・胃腸病・心臓病 呼吸器病・腎臓病・がん・前立腺肥大症・緑内障・(その他 )	
10	現在妊娠はされていますか？ (女性の方のみご記入して下さい。)	
	はい ・ いいえ ・ わからない (最終月経日 )	

アンケート：今後のクリニック運営の参考にさせていただきますので、ご協力お願い致します。

12	当院を受信されたきっかけは？	1. 紹介・勧められて 紹介者： 2. インターネット・ホームページ 3. 診療所の前を通り掛って 4. その他：
----	----------------	---