ふりがな

氏名 _____ 様 生年月日(西暦) _____

〒

住所 _____

電話番号 _____

1. どうされましたか？ 本日の受診理由をお書き下さい。症状のある方は、いつから、
どのような症状がありますか。 体温 _____ °C

2. 1. について、他の医院でみてもらったことはありますか。(はい いいえ)
そのときの病名、医院名を教えてください

3. 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか。(はい いいえ)
病名、薬、治療内容、医院名を教えてください。

4. 今までに大きな病気をされたことはありますか。(はい いいえ)
いつ頃、どの病院で病名、手術名などを教えてください。

5. 両親や兄弟、姉妹で大きな病気にかかった方はおられますか。(はい いいえ)
高血圧 (はい いいえ) どなたが
糖尿病 (はい いいえ) どなたが
がん (はい いいえ) どなたが
その他 (はい いいえ) どなたが
6. アレルギーをおこしたことがありますか (はい いいえ)
アレルギーをおこした薬、注射、食べ物を教えてください。

7. 身長 _____ cm 体重 _____ kg (増えた 変わらない やせた)
8. 食欲は (ある ふつう ない)
9. 便通は () / () 日 (硬い ふつう やわらかい)
10. アルコールは () を () cc 飲む、①毎日 ②週に() 回
③月に() 回 ④飲まない
11. たばこは ①吸う() 年前から () 本/日 ②吸わない ③やめた
12. 女性の方に質問します ①現在、妊娠の可能性はありますか。(はい いいえ)
②現在、授乳中ですか。(はい いいえ)
13. 最後質問です。坂本内科クリニックをどうやってお知りになりましたか？
① ホームページ ② 看板 ③ 知人の勧め ④ パンフレット ⑤ その他()