

初めての方へ

年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	昭和 平成 令和
氏名			年 月 日 才	
住所	〒 —	電話		
		携帯		
体温	℃	身長	cm	体重 kg

- ① 本日はいつ頃からどの様に具合が悪くて来院されましたか？
 ・いつ頃から ()
 ・どの様な ()
- ② 現在他の医院病院にかかっていますか？
 ・かかっている (病名 何の薬)
 ・かかっていない
- ③ 今までに大きな病気、手術、けがなどありますか？
 ・ある (いつ頃 病名)
 ・ない
- ④ 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーが出たことがありますか？
 ・ある (薬、注射 食べ物)
 ・ない
- ⑤ ご家族の方で次の病気をもった方はみえますか？ (はい・いいえ)
 ・【はい】の方は 下の () に 続柄 を記入してください
 ・ 高血圧 脳卒中 癌 ぜんそく 結核 糖尿病 心臓病 その他
 () () () () () () () ()
- ⑥ タバコは吸いますか？
 ・吸わない ・吸う(1日 本 年間)
- ⑦ お酒、ビールなど飲みますか？
 ・飲まない ・たまに飲む ・毎日(本)
- ⑧ 女性の方へ
 ・現在妊娠されていますか？ (はい・いいえ)
 ・現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)
 ・生理 (順 ・ 不順) ・閉経 ()才
- ⑨ 希望事項(点滴、検査をしてほしい等)
 ()

