

はじめて来院された方へ、ご協力お願いします。

以下は診察に必要な事柄です。尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。 2016.4～初めて当クリニックを受診される方は事務手続きなどがありますので、診療終了時間 30 分前までにお越しください。

患者ID _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在

ふりがな		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	女				歳
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

身長 _____ cm 体重 _____ kg 受診時の体温 _____ 度

1. 今日はどのようなことでこられましたか？

1. 発熱 2. せき 3. 鼻水 4. のどの痛み 5. ゼーゼー 6. 頭痛 7. 関節痛
8. 吐気・嘔吐 9. 腹痛 10. 下痢 11. 食欲不振 12. 胸痛 13. 発疹 14. かゆみ
15. その他 _____

2. 上記の症状はいつからですか？ _____

3. 今までに病気にかかったことがありますか？ 特になし

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 脂質異常症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞
7. 癌 8. 気管支喘息 9. 胃潰瘍 10. 前立腺肥大 11. 緑内障
12. その他 _____

4. アレルギー性疾患を今までに指摘されたことはありますか？ ある ・ ない

あれば疾患名) _____

5. 今飲んでいるお薬はありますか？ ある ・ ない

(他院処方薬の書いた紙やお薬手帳を持参頂いてもよいです。)

あれば薬剤名) _____

6. 今までに薬で副作用はありましたか？ ある ・ ない

あれば薬剤名) _____

7. ご家族の方で大きな病気や慢性疾患の方はいますか？ いない ・ わからない

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 脂質異常症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞 7. 癌
8. その他 _____

8. 今までに受けた予防接種はありますか？ 特になし

1. BCG 2. ポリオ 3. MR (はしか・風疹混合) 4. 日本脳炎 5. 三種混合
6. 四種混合 (_____ 回) 7. 二種混合 8. インフルエンザ 9. Hibワクチン
10. おたふくかぜ 11. みずぼうそう 12. 小児肺炎球菌 13. 肺炎球菌 14. 子宮頸癌
15. その他 _____

9. たばこは吸いますか？

吸う 《1日 _____ 本 喫煙年数 _____ 年》 , 吸わない

10. アルコールは飲みますか？

毎日 週 _____ 回 《日本酒 1日 _____ 合》《ビール 1日 _____ 本》
時々 飲まない

11. <女性の方へ> 現在妊娠していますか？ はい ・ いいえ
現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ