

ID

初めて診察をお受けになる方へ

※以下の黒枠の中をご記入下さい。

ふりがな			
お名前		年齢	歳
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
住所			
電話番号		携帯電話	
※当院を受診した理由			
<input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介（ _____ 病院 _____ 先生）			
<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介		<input type="checkbox"/> 自宅・職場から近い	
<input type="checkbox"/> インターネットにて		<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
1. 本日はどうして受診されましたか。			
また、いつ頃よりどのような症状がありますか。			

2. 今までに大きな病気・けがなどで入院されたり、手術などを受けられたことがありますか。また、定期的に病院に通院されていますか。			
※おくすり手帳や他院での検査結果をお持ちの方は提出してください。			
いつ頃	病名・治療（手術・内服）など		
_____	_____		
_____	_____		
3. 嗜好品について			
1) タバコは吸いますか。			
<input type="checkbox"/> 吸わない			
<input type="checkbox"/> 吸う（ _____ 本/日 _____ 年間）			
2) お酒は飲みますか。			
<input type="checkbox"/> 飲まない			
<input type="checkbox"/> 飲む（日本酒・ビール・焼酎・その他（ _____ ）を _____ ml/日）			
4. 薬のアレルギーはありますか。			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬品名（ _____ ）			
5. 女性の方は、最終月経の始まった日はいつですか。 _____ 月 _____ 日			

体温： _____ °C 血圧： _____ mmHg 脈拍： _____ 回/分
身長： _____ cm 体重： _____ kg