

はじめて来院される方へ

患者番号 No. _____

初診年月日 年 月 日

フリガナ			男	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	歳 ヶ月
名前			女				
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		※ 郵便番号を必ずご記入ください				
連絡先	電話 ()		携帯電話 ()				
職業							

・ 15歳未満の方は体重を記入してください。 (kg)

【 診察・治療及び薬を処方する上で大切ですので、必ず記入ください。 】

【 現在の症状 】

- ◇ おもな症状を書いてください []
- ・ 熱は? ある (度 分) いつから () ・ ない
 - ・ 痛いところは? ある (どこが :) ・ ない
 - ・ 他の症状は? 荒い呼吸、せき、たん、のどの痛み、鼻水、鼻づまり、頭痛、下痢、吐き気、嘔吐、湿疹、胸痛、手足のしびれ、その他 ()

【 既往歴 】

- ◇ 次の病気をしたことがある方は病名を、無い方はないを○で囲ってください。
- 心臓病、腎臓病、肝臓病、糖尿病、てんかん、喘息、熱性けいれん、その他 () ・ ない
- ◇ 今までに手術をしたことがありますか? ある(病名:) (手術日:) ・ ない
- ◇ 注射や点滴等をしたときに、気分が悪くなったことがありますか? ある ・ ない
- ◇ 家族の方で、糖尿病、高血圧、心臓病・喘息・アレルギーなどにかかったことがありますか?
はい (疾患名) ・ ない

【 投薬に関する情報 】

- ◇ のみ薬や食品によるアレルギーはありますか? ある(品名:) ・ ない
- ◇ 現在治療中の病気は? ある(病名: 病院名:) ・ ない
- ◇ 現在、何か薬を飲んでいますか? はい(何の薬:) ・ いいえ

【 嗜好 】

- ◇ タバコは吸いますか はい(何歳から 歳、何本 本/日) ・ いいえ
- ◇ アルコールは飲みますか はい ・ いいえ

【 女性の方にお伺いします 】

- ◇ 現在、妊娠中ですか? はい(月) (最後の生理日 月 日) ・ わからない ・ いいえ
- ◇ 現在、授乳中ですか? はい(子供の年齢: 歳 月) ・ いいえ

【 その他 】

- ◇ 当院をどうして知りましたか?
A 紹介されて ()
B 人から話を聞いて
C その他 広告・看板・ホームページなど... ()

身長や体重などは、こちらで測定後記入いたしますので記入しないでください。

身長	cm	血圧	/	体温	℃
体重	kg	脈拍		SpO2	%