

# 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) { ・ わからない ・ いいえ  
(最後の生理日 月 日)
- ◇ 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	%