

# 初めて受診される方へ

フリガナ	年	月	日	
お名前	生年月日	年	月	日
住所(〒 - )	年齢	歳	男・女	
	電話番号	( )	-	

①今日、診てもらいたいことはどんな事ですか。

②現在、どのような症状がありますか。○をつけてください。

- ・体がだるい ・発熱 ・食欲不振 ・頭痛 ・せき ・喉の痛み ・げり ・しっしん
- ・吐き気 ・胸の痛み ・肩こり ・めまい ・耳鳴り ・腹痛 ・便秘
- ・その他 ( )

③その症状はいつごろからですか？

④これまでに病気にかかったことがありますか？ (ある・ない)

あれば、○をつけてください。

- ・じんましん ・心臓病 ・高血圧 ・腎臓病 ・ぜんそく
- ・肝臓病 ・糖尿病 ・胃腸病 ・その他( )

⑥お薬や食物、注射などでアレルギーが生じたことはありますか？ (ある・ない)

⑦今までに輸血をうけたことがありますか？ (ある・ない)

⑧現在の生活状況をお尋ねします。

酒類(呑む・呑まない) 1日量 \_\_\_\_\_  
タバコ(吸う・吸わない) 1日 \_\_\_\_\_ 本  
便通 \_\_\_\_\_ 回/日

女性の方のみ 現在、妊娠中、もしくは授乳中ですか？ (はい・いいえ)

生理(順調・不調) 最終月経 \_\_\_\_\_ 月

⑨当院を何でお知りになりましたか？

家族がかかっている(お名前: \_\_\_\_\_)

知人からの紹介 (お名前: \_\_\_\_\_)

当院のHP/ スマートフォン 広告・看板を見て

その他( \_\_\_\_\_ )

他院からの紹介(病院名: \_\_\_\_\_)

⑩今日はどの交通手段で来られましたか？

- ・徒歩 ・自転車 ・バイク ・電車 ・バス ・自動車 ・タクシー

ご記入いただきありがとうございました。 まつだ内科