

初めて受診される方へ

フリガナ お名前	年 月 日
住所 (〒 -)	大正・昭和・平成 年 月 日 年齢 歳 男・女 ☎自宅() - ☎携帯() -

①今日、診てもらいたいことはどんな事ですか？

()

お手数ですが該当する症状があれば□に✓をお願いいたします

②現在、どのような症状がありますか？

- 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 頻尿
残尿感 健康診断結果再検査、相談 その他 ()

③その症状はいつ頃からですか？

- () 日前から () 週間前から () ヶ月前から その他 ()

④これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ ある ない

- 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

※紹介状、お薬手帳がありましたら受付までお出しください

※女性の方のみお答えください

妊娠中ですか はい いいえ 授乳中ですか はい いいえ 最終月経 月

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

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