

はじめて来院された方へ

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平	年	月	日生( 歳)
			電 話	( )	-	
			緊急時 連絡先			
ふりがな						
ご住所	〒					

1. どのようなことで来られましたか？

(例：おなかが痛い、咳がひどい、熱がある・・・等の症状など)

それはいつ頃からですか？ ( 日前から) ( 日頃から)

2. 今までに病気をしたことがありますか？

はい (病名は ) いつ頃 ) いいえ

3. 血圧が高いといわれたことがありますか？ はい いいえ

4. 糖尿病といわれたことがありますか？ はい いいえ

5. 毎日の生活についてお尋ねします。

- ・夜はよく眠れますか？ はい いいえ
- ・尿は一日何回ですか？ ( 回位)
- ・便は一日何回ですか？ ( 回位) ( 日に1回)
- ・アルコールは飲みますか？ はい いいえ
- ・タバコは吸いますか？ はい いいえ
- ・食事は規則正しく1日3回食べていますか？ はい いいえ

6. 今まで薬や注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？

はい (薬名、注射名 ) いいえ

7. 輸血や手術を受けたことがありますか？

はい (病名は ) いつ頃 ) いいえ

8. 女性の方にかがいます

- 月経は順調ですか はい いいえ
- 妊娠していますか はい いいえ ( ヶ月) 可能性あり
- 現在授乳中ですか はい いいえ

\*当クリニックに来られたきっかけは何ですか？

紹介 (御紹介者 )、広告、本院 HP、  
インターネット (差し支えなければサイト名をお願いします) )  
通りがかり、タウンページ、その他 ( )