

年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 年齢	年 月 日 歳
住所 〒	身長 体重 血压 体温	cm kg / ℃
電話・携帯電話 ()	性別	男 ・ 女
メールアドレス		

該当する項目に ✓ 印、詳細項目に○印、分かる範囲でご記入下さい

◆受診理由・症状 ()
◆これまでに大きな病気はありましたか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 ()
◆家族に病気は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症/心筋梗塞・脳卒中(脳血栓・脳出血・クモ膜下出血)・がん・頭痛・うつ病・その他 ()]
◆現在、別の治療を受けられたり、何かお薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> 治療を受けていない <input type="checkbox"/> 治療を受けている 病院名 () <input type="checkbox"/> 現在、病院で処方された薬を飲んでいる ☆持参されている方は受付にお知らせ下さい。 薬の名前 ()
◆これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [食べ物の名前 ()] [どんな薬で？ <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> ぬり薬 <input type="checkbox"/> 飲み薬 薬の名前 ()]
◆喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日× 年 喫煙は 歳の時から)
◆飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類 量 回/週)
◆食事で気をつけている事 () ◆運動 (種類 回/週)
■女性にお尋ね致します。 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 不明 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 生理はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 (歳)
◆その他お聞きになりたいことがございましたら、お書きください。 ()
◇差し支えなければ、当院をお知りになったきっかけをお聞かせください◇ <input type="checkbox"/> 元々かかりつけ <input type="checkbox"/> 内覧会 <input type="checkbox"/> 通りかかった <input type="checkbox"/> 知り合いから <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 () <input type="checkbox"/> その他 ()