

初診の方へ

年 月 日

| | | | |
|---|------------|------------|-------|
| 氏名 | フリガナ | 性別 | 男性・女性 |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 職業 | |
| 身長 | cm / 体重 | kg / 本日の体温 | ℃ |
| 住所 〒 | | | |
| 電話番号 | 携帯 | ご自宅 | |
| 当院をお知りになった経緯 <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者様) | | | |
| <input type="checkbox"/> ホームページ、 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) | | | |
| 来院の目的 <input type="checkbox"/> 診察、 <input type="checkbox"/> 内視鏡、 <input type="checkbox"/> 健康診断、 <input type="checkbox"/> 予防接種、 <input type="checkbox"/> 自費診療、 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) | | | |

診察希望の方へ

■いつからどんな症状ですか

時期：

症状：

■今回の症状で、どちらかの病院におかかりになりましたか？ いいえ・はい ()

■検診結果や紹介状はありますか なし・あり

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか なし・あり⇒具体的に ()

■現在治療中のご病気はありますか

なし・あり⇒病名 () / 通院先 ()

■現在服用中のお薬 ※おくすり手帳をお持ちの方は受付け時にお出してください

なし・あり⇒ ()

■入院や手術の経験 なし・あり⇒病名 () / 入院先 ()

■喫煙 吸ったことがない、またはほとんどない

以前吸っていた 1日平均 () 本を () 年間。ここ () 年間は吸ってない。

現在吸っている 1日平均 () 本を () 年間。

■飲酒 飲まない

週 1 日未満

週 1 日以上 (ビール・日本酒・焼酎・ワイン) を () ml、週 () 回

■アルコールで赤くなりますか ならない・なる

■女性の方へ 妊娠中の可能性はありますか なし・あり 閉経している いいえ・はい