

【 初診時間診表 】

(No)

初めて受診される方は、恐れ入りますが以下の質問にお答えください。

記入日 年 月 日

体温 (. °C)

(フリガナ)			
お名前	(男・女)		
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
住所	〒 -	電話	()
		携帯電話	()

本日の症状についてお聞かせください。

●症状はいつからですか。

・今日 ・昨日 ・2日前 ・3日前 ・その他 ()

●本日の症状は？

- 発熱 咽頭痛 咳 鼻水 痰 寒気 倦怠感 花粉症
頭痛 めまい 胸部痛 動悸 胃痛 腹痛 お腹の張り
下痢 便秘 吐き気
嘔吐 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風
その他症状があればお書きください。

()

●今回の症状でどちらかの医療機関を受診されましたか。(はい・いいえ)

はいの方は、その症状で薬を飲んでいますか。(はい・いいえ)

薬の名前：()

●今までにかかった病気・治療中の病気について、あてはまる項目に○をつけてください。

- ・高血圧症 ・糖尿病 ・高脂血症 ・心臓病 ・がん(部位：) ・痛風
 ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・尿管結石 ・前立腺肥大 ・緑内障 その他 ()

●現在、定期的に内服している薬はありますか。(なし・あり)

ありの方 薬の名前 ()

●手術歴はありますか。(いいえ・はい)

病名 () いつ頃 ()

●今までにアレルギー症状が出たことがありますか。(はい・いいえ・わからない)

薬剤 () 食物 () その他 ()

●家族ならびに親族の方で以下の病気にかかったことのある場合は、○をつけてください。

- ・高血圧 ・糖尿病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・結核 ・脳卒中 ・心筋梗塞 ・狭心症
 ・がん(部位：) ・その他 ()

●(女性の方のみ)

- ・妊娠中ですか。 いいえ ・可能性はある ・はい (週目)
 ・授乳中ですか。 いいえ ・はい

●当院をお知りになったきっかけ

ホームページ・チラシ・知人紹介・看板見て・その他()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付にお出してください。

*ご記入いただいた情報は個人情報取扱規定に従って利用させていただきます。