

氏名 \_\_\_\_\_ (□男 □女) / 年齢： \_\_\_\_\_ 才

1. 何がきっかけとなり当院に来られましたか？

当院ホームページを見て  病院検索サイトやクチコミサイトなどを見て  それ以外のインターネットで見て  医院や看板などを見て  パンフレット、チラシなどを見て  電話帳を見て  家・職場(学校)から近いから  知人・家族の紹介(ご紹介者名： \_\_\_\_\_ 様)  以前、通院していた  その他

2. 本日は、どうされましたか？

頭痛  耳なり  鼻水  咳  のどが痛い  胸痛  動悸  吐き気  下痢  便秘  全身倦怠  不眠  めまい  食欲不振  腰痛  尿が近い  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
→ その症状はいつからですか？( \_\_\_\_\_ )  
→ 体温は何度ありますか？( \_\_\_\_\_ ℃)

3. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

①どのような病気をわずらいましたか？

無  
 有 →  糖尿病  高血圧  腎臓病  結核  喘息  心臓病  肝炎  胃十二指腸潰瘍  
 その他( \_\_\_\_\_ )

②大きな手術しましたか？

無  有( \_\_\_\_\_ )

4. 家族の方で大きな病気やアレルギーの方はおられますか？

無  有( \_\_\_\_\_ )

5. 今治療中の病気はありますか？

無  有( \_\_\_\_\_ )

6. アレルギーはありますか？

無  有( \_\_\_\_\_ )

7. お酒とたばこについて教えてください。

お酒(1日 \_\_\_\_\_ ) たばこ(1日 \_\_\_\_\_ 本) / 身長( \_\_\_\_\_ cm) 体重( \_\_\_\_\_ kg)

8. 【女性の方へ】妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか？

有  無  
最終月経( \_\_\_\_\_ )月( \_\_\_\_\_ )日から( \_\_\_\_\_ )日間 / 閉経( \_\_\_\_\_ )才