

フリガナ

氏名 _____ 様 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日 _____ 歳 ご職業 _____

〒 _____

住所 _____ ①自宅電話番号 _____

携帯電話をお持ちの方はご記入お願いします

②携帯電話番号 _____

- 1 本日は、どうして来院されましたか? (体調が悪い・紹介状持参・二次検診のため・予防注射)
体調が悪い,紹介状持参とお答えの方は下記にご記入をお願いします
- 2 いつ頃から (例: 12月1日頃から) _____
- 3 どのような症状でおいでになりましたか? 当てはまるものに○印、もしくはご記入ください
熱・咳・痰・咽頭痛・頭痛・鼻水・めまい・だるい・吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・動悸・息切れ
胸苦しさ・むくみ・立ちくらみ (その他の症状 _____)
- 4 現在、治療中の病気はありますか? (はい・いいえ) はいとお答えの方は病院・医院名をご記入ください
(病名: _____ いつ頃から _____ 病院・医院)
(病名: _____ いつ頃から _____ 病院・医院)
(病名: _____ いつ頃から _____ 病院・医院)
- 5 お薬手帳をお持ちですか? (はい・いいえ)
お薬手帳をお持ちの方はコピーさせていただきます
お薬手帳をお忘れの方は、わかる範囲でお薬名をご記入ください
(_____)
- 6 今まで大きな病気や手術をしたことがありますか? (はい・いいえ)
(病名: _____ いつ頃 _____ 手術: した・しない)
(病名: _____ いつ頃 _____ 手術: した・しない)
心臓ペースメーカーは、入っていますか (はい・いいえ)
- 7 薬や食べ物などでアレルギー症状を起こしたことがありますか? (はい・いいえ)
はいとお答えの方は、具体的にご記入ください
薬 (_____)
食べ物 (_____)
その他 (_____)
- 8 嗜好について、当てはまるものに○印、もしくはご記入ください
タバコ→ (吸わない・吸う _____ 本/日 ・やめた→いつやめたか? _____)
お酒→ (飲まない・飲む どれ位 _____ 合/日)
..... 以下は女性の方にお伺いします.....
- 9 現在妊娠中ですか {はい (妊娠第 _____ 週)・いいえ} {授乳中である (お子さんは _____ ヲ月)}

ご協力ありがとうございました。当院は、個人情報の取り扱いについては細心の注意を払っております。
上記の個人情報に関しましても、診療以外には使用いたしません。

～マイナ保険証をお持ちの方へ～

当院が診療情報を取得することに同意しますか?

する しない