

初診の方へ ID () 年 月 日

ふりがな

氏名 () 性別 (男 ・ 女)
住所 (〒)
電話 () 携帯電話 ()
生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日生) 年齢 () 才
職業 () 身長 () cm 体重 () kg 体温 () 度

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか？
()

2. 現在、お薬を服用していますか？（わかれば薬の内容を）
()

3. 該当する事項に○をつけて、必要事項をご記入ください。

食欲 (ある・普通・ない) **体重** (太った・変わらず・やせた) **発熱** (あり・なし)

便秘 (便秘・下痢) **睡眠** (眠い・普通・不眠) **せき** (あり・なし) **たん** (あり・なし)

痛み (あり・なし) 痛みがあれば、その場所は？ ()

タバコ (1日 本 年間喫煙・ 年前より禁煙・元々吸わない)

アルコール：何をどのくらい？ ()

4. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

月経 (ある：最終月経 月 日 ・ ない：閉経 才)

5. 今までにかかった病気に○をつけて、何歳頃かご記入ください。

肝臓病 () 心臓病 () 腎臓病 () 高血圧 () 糖尿病 ()

ぜんそく () 胃・十二指腸潰瘍 () 肺結核 () 前立腺疾患 ()

緑内障 () 手術 () ガン () その他 ()

6. 家族病歴 ()

7. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがあればご記入ください。
(ある・なし) ()

8. 当院をどのようにお知りになりましたか？該当するものに○を付けてください。

知人・家族 (様) の紹介 () インターネット () 電話帳 ()

近所なので () 看板 () その他 ()