

初めて当クリニックを受診される方へ

受診日：令和 年 月 日 ()

ふりがな

御名前 _____ 様 大/昭/平/令 年 月 日生 () 歳 男・女

住所 〒 _____

連絡先電話

／携帯番号： _____

★記入もしくは○で囲んでください

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1 今日はどうなさいましたか？

2 症状がある部位→に○印を付けてください。

3 症状はいつからですか？ (_____ 頃から)

4 この症状について、現在(もしくは過去に)他の医療機関などにおかかりですか？
また、そこでは何とされていますか？

(_____)

5 今まで、下記の病気にかかったり、治療を受けたりしたことはありますか？

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 肝機能障害 心疾患 癌 その他 (_____)

6 今までに手術や入院をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はい) の方は、いつ頃ですか？ (_____ 前 _____ 才頃)

(手術名： _____)

7 今、お飲みになっている薬はありますか？ (はい・いいえ)

(はい) の方は、薬の名前または、何の病気の薬かお分かりでしたら書いて下さい。

(_____)

8 今までに薬を飲んで蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

(はい・いいえ)

<女性の方へ>

9 現在妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)

10 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

