

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 年令 _____ 才 性別 男・女

住所 (〒 _____) _____ 職業 _____

電話番号 _____ (_____) 携帯電話 _____ 介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

●いつからどのような症状でお困りですか。具体的にご記入ください。

(例)2日前から37.6度の熱があり、吐気と腹痛を伴う。

1. 当院を受診したきっかけについて□に✓をお願いします

- 以前にかかったことがある かかりつけ医師の紹介 当番医のため 通りがかりに当院を見つけた
知人・家族の紹介・勧めで 看板等を見て インターネット・ホームページを見て
院長交代を知って ホームドクター・ライナー等広告を見て その他(_____)

2. 現在治療中または過去に指摘された病気の□に✓をお願いします。()には発見時の年令などをご記入ください

- 高血圧(_____ 才) 高脂血症(_____ 才) 糖尿病(_____ 才) 狭心症(_____ 才) 心筋梗塞(_____ 才)
腎臓病(_____ 才) 脳梗塞(_____ 才) 脳出血(_____ 才) 痛風(_____ 才) 肝臓病(_____ 才)
喘息(_____ 才) 胃潰瘍(_____ 才) その他(_____ 才)(_____ 才)
手術をしたことがある(_____ 才: _____ 術、 _____ 才: _____ 術)
薬や食べ物のアレルギー(アレルギー物質: _____) 花粉症(_____ 花粉)

3. 普段使用している薬の名前をご記入ください (薬手帳をご持参の方は受付時にご提出してください)

・ _____ ・ _____ ・ _____
・ _____ ・ _____ ・ _____
・ _____ ・ _____ ・ _____

4. 家族・親族に次の病気はありますか? *()には母、祖父などご関係を記入してください

- 糖尿病(_____) 高血圧(_____) 高脂血症(_____) 心臓病(_____)
腎臓病(_____) 肝臓病(_____) 脳卒中(_____) 癌(_____)

5. アルコールについて伺います 飲まない 付き合いで飲む程度(_____ 回/月) よく飲む(_____ 回/週)
よく飲む方は1日の量 (ビール _____ ml、日本酒 _____ 合、焼酎 _____ ml、その他 _____)

6. 喫煙について伺います もともと吸わない 禁煙した(_____ 才) 喫煙中(_____ 才~ _____ 本/日)
禁煙治療の話聞いてみたい、禁煙希望

7. 女性の方のみお答え下さい 妊娠中 授乳中 生理が不順 更年期 閉経後(_____ 才時に閉経)
(妊娠 _____ 週、出産予定日 _____ 年 月 日)

●お体に関して心配な事や、検査してほしいこと、当院への要望などのご意見をお書きください。

(粉薬やカプセルが苦手など薬の希望もありましたらお書きください)