

# 初めて受診される方へ

下記の項目について  
記入もしくは○で  
囲んでください。

平成 年 月 日

ふりがな				男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生		
お名前								
ご住所	〒 -			職業		電話	-	
利き手	左・右	身長	cm	体重	kg	スポーツ、運動 ありの方は内容・頻度を教えてください (あり・なし) ( )		

①今日はどのような症状でお越しになりましたか？(痛い、しびれる、動かみにくい、熱など)

②それはいつからですか？

☆病状の場所に○印を付けて下さい

③そのきっかけはありますか？(事故、仕事中など)

あればお書き下さい

はい

( )

いいえ

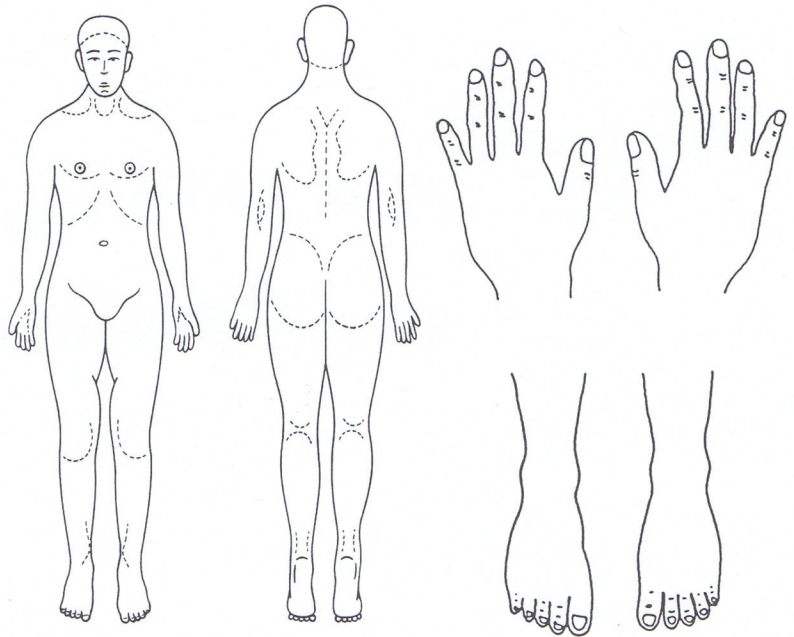
④今までに何らかの病気にかかった事がありますか？

高血圧、糖尿病、脂質異常症、痛風

脳卒中、心臓病、喘息、胃腸病

肝臓病、腎臓病

その他 ( )



⑤飲酒、喫煙の習慣について教えてください

飲酒：( )を週に 日程度、毎日、時々 ( 本・合・杯)、飲まない

タバコ 吸わない・吸う(一日 本× 年) ( )歳から

⑥今までに大きな手術、けが、重い病気をした事がありますか？

はい ( ) いいえ

⑦今お薬を飲んでいますか？どこの病院で何の薬をもらっていますか？

はい ( ) いいえ

⑧あなたや家族がお薬、注射、食べ物でアレルギーが出た事がありますか？(気分が悪くなる、じんましんなど)

あればお薬の名前などお書き下さい

はい ( ) いいえ

⑨女性の方へ、今妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ・わからない)

⑩こちらの医院は何で知りましたか？あてはまる物に○印を付けて下さい

- ・(大物・杭瀬・千船)駅の看板を見て
- ・この建物自体を見て
- ・ホームページを見て
- ・ひとに聞いて(家族・知人・他の病院、医院の先生)
- ・電話帳を見て
- ・その他 ( )