

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。

令和 年 月 日

ふりがな					男・女	生年月日	大・昭・平・令
お名前						年 月 日生	
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、動かしにくい、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

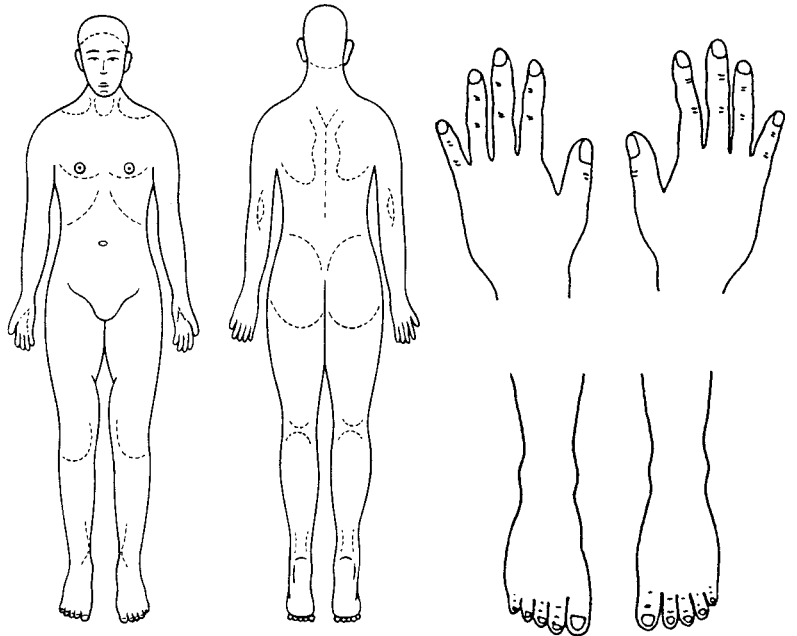
④今までに何らかの病気にかかった事がありますか？

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・閉経後 (年)）

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・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) ・ネットの検索/評価を見て

・その他 ()