

# はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

令和 年 月 日

ふりがな		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	女				歳
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ 度 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 1. 今日はどのようなことでこられましたか？

1. 咳 2. 喘鳴 3. 鼻水 4. 喉の痛み 5. 腹痛 6. 下痢 7. 吐気・嘔吐  
8. 胃痛 9. 食欲不振 10. 胸痛 11. 頭痛 12. 寒気 13. 関節痛  
14. 痙攣 15. 発疹 16. かゆみ

その他 \_\_\_\_\_

## 2. 上記の症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_

## 3. 今までに病気にかかったことがありますか？ 特になし

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 高脂血症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞  
7. 癌 8. 気管支喘息 9. 胃潰瘍 10. 前立腺肥大

その他 \_\_\_\_\_

## 4. 今飲んでいるお薬はありますか？ 特になし

薬剤名 \_\_\_\_\_

## 5. 今までに薬で副作用はありましたか？ 特になし

薬剤名 \_\_\_\_\_

## 6. ご家族の方で大きな病気や慢性病の方はいますか？ いない わからない

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 高脂血症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞  
7. 癌 8. 気管支喘息

その他 \_\_\_\_\_

## 7. たばこは吸いますか？

吸う 《1日 \_\_\_\_\_ 本 喫煙年数 \_\_\_\_\_ 年》 吸わない

## 8. アルコールは飲みますか？

毎日 週 \_\_\_\_\_ 回 《日本酒 1日 \_\_\_\_\_ 合》《ビール 1日 \_\_\_\_\_ 本》  
時々 飲まない

## 9. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり（薬の名前： \_\_\_\_\_ ）、造影剤 なし ・ あり（ \_\_\_\_\_ ）  
（食べ物： \_\_\_\_\_ ）

## 10. 女性の方に質問です。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい （妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月） 最終月経（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日）

## 11. 当院を何でお知りになりましたか？

ご近所 広告 インターネット ご紹介 その他（ \_\_\_\_\_ ）