



ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成・令和 _____年 _____月 _____日		
住所	〒 _____	都道府県	市町 村区		
電話番号(自宅)	(_____)	(携帯番号)	_____	_____	_____

紹介状 無 ・ 有 → 病院名: _____

当院を受診されたきっかけについて該当する()内に○を記入してください。

() 自宅あるいは職場から近いから () 評判を聞いたから () ホームページを見て
() 当院かかりつけの患者さんから勧められたから () その他: _____

- 今日は、どのような症状でいらっしゃいましたか？
具体的な発症日時、症状の部位、頻度、持続時間をご記入ください
- 現在、治療中の病気や飲んでいるお薬がありますか？
無・有()
お薬の名前:
かかっている病院名:
- 今までに、大きな病気をしたことがありますか？
無・有()
- 血縁関係のあるご家族にご病気の方はいらっしゃいますか？
狭心症・心筋梗塞(無・有: _____)、糖尿病(無・有: _____)、高血圧(無・有: _____)
脳梗塞・脳卒中(無・有: _____)、癌(無・有: _____)
- 薬や食べ物でアレルギーがありますか？
無・有()
- 普段、運動をしていますか？(何をどれくらい)
していない・している()
- 最近3か月のあいだに、海外へ行きましたか？
いいえ・はい(国名 _____ 期間 _____)
- 女性の方にお聞きします。
現在、妊娠されていますか？または、その可能性がありますか？
無・有(週数: _____)
- 思い当たるところがあれば、○印をお付けください
〈タバコ〉吸わない・吸う・吸っていた
(_____ 歳～ _____ 歳まで、1日 _____ 本くらいを _____ 年間)
〈お酒〉飲まない・飲む・飲んでいた
(_____ 歳～ _____ 歳まで、 _____ を、1日 _____ くらい)

書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡しください。