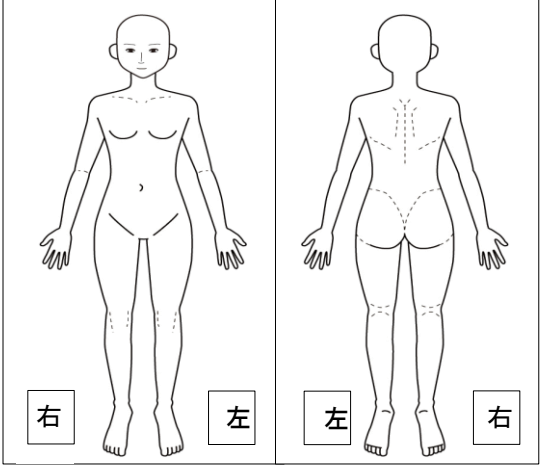


ふりがな					男 ・ 女	
氏名	様					
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令		年	月	日生	才
住所	〒 ー				身長(cm)	
					体重(Kg)	
電 話	自 宅	()	ー	携 帯	ー	ー

★診療に関わることになります。わかる範囲で記入してください。

① 本日はどのような症状で来院されましたか？		※人体図に○印などでご記入ください。	
・いつから()頃から ・仕事上の怪我 交通事故の怪我 ・職業() ・スポーツ歴()()年 ・骨折歴 有・無 部位()			
・同様の症状で、他の医療機関を受診されたことがありますか？		はい・いいえ	
医療機関名() 病名()			
② これまでに次の病気を指摘されたことはありますか？		はい・いいえ	
* はいと答えた方は○をしてください 高血圧症 糖尿病 高脂血症 ぜんそく アレルギー 脳卒中 肝臓病 腎臓病 心臓病 腫瘍 狭心症または心筋梗塞 肺結核 癌 膠原病 不整脈 胃・十二指腸潰瘍 リウマチ その他()			
③ 現在、医療機関で治療を受けていますか？		はい・いいえ	
医療機関名() 病名()			
④ 薬剤情報提供書やお薬手帳はお持ちですか？		はい・いいえ	
* 「いいえ」と答えた方で、内服している薬があれば記入してください。 () 現在、サプリメントを内服している方は記入してください。()			
⑤ これまでに手術を受けたことがありますか？		はい・いいえ	
いつ頃() 病名() 医療機関名()			
⑥ 家族の方で次の病気を指摘された方はいらっしゃいますか？		はい・いいえ	
* はいと答えた方は○をしてください 高血圧症 糖尿病 高脂血症 肝臓病 リウマチ 骨 : 部位 ()			
⑦ 薬でアレルギーを起こしたことがありますか？		はい・いいえ	
どのような薬() どんな症状()			
⑧ 今までに輸血を受けたことがありますか？ いつ頃()		はい・いいえ	
⑨ たばこは吸いますか？ 1日()本 ()年間		はい・いいえ	
⑩ アルコールは飲まれますか？		はい・いいえ	
なにを() 頻度・量()ml/()日			
⑪ 女性の方へお聞きたいします 1.妊娠の可能性はありますか？		はい・いいえ	
2.閉経されている方 閉経(歳)			
⑫ 来院されたきっかけを教えてください 1. 口コミ 2. HP 広告等 3. 紹介 4. その他(近所・通院歴あり)			

※書き終わりましたら、受付までお願いします。

令和4年1月19日 改訂