

ふりがな				男・女
氏名				様
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生
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。	
<p>()</p> <ul style="list-style-type: none"> いつから()頃から 工作中的の怪我 交通事故の怪我 職業() スポーツ歴()()年 骨折歴 有・無 部位() 		
<ul style="list-style-type: none"> 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？ 	医療機関名() 病名()	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> 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() 		はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ③ 現在、医療機関で治療を受けていますか？ 	医療機関名() 病名()	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ④ 薬剤情報提供書やお薬手帳はお持ちですか？ * 「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。() 		はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ⑤ これまでに手術を受けたことがありますか？ 	いつ頃() 病名() 医療機関名()	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> 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 () 		はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ⑦ 薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ 	どのような薬() どのような症状()	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> ⑨ たばこは吸いますか？ 	1日()本 ()年間	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ⑩ アルコールは飲まれますか？ 	なにを() 頻度・量()ml/()日	はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> 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？ 2.閉経されている方 閉経()歳 		はい・いいえ
<ul style="list-style-type: none"> 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