

令和 年 月 日

ご来院された方へ(下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい)

フリガナ		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	
お名前			職業	
ご住所	〒 -	電話		
		携帯		

身長 cm 体重 Kg 自己申告で構いませんが、病状によっては再計測が必要な場合があります。

1.いつからどこがどのように具合が悪いですか？

()

その症状について飲んでいるお薬はありますか？ いいえ はい

お薬名()

2. 本日の症状以外で、現在他の病院で治療中ですか？ いいえ はい

はいの場合 病名() 病院名()

お薬名()

3. 過去に大きな病気や手術を受けた事がありますか？ いいえ はい

はいの場合、以下の当てはまる項目に○印をつけて頂き、その年月日などをご記入をお願いします。

脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎、腎臓病、結核、感染症()

その他() 年 月頃

4. お薬や食品でアレルギーや具合が悪くなった事がありますか？ いいえ はい

はいの場合 お薬名()

食品名()

5. 喫煙と飲酒について当てはまる項目を選び、ご記入をお願いします。

・喫煙 吸った事がある 一日 本 年間 今も吸っている 吸った事がない

・飲酒 毎日 全く飲まない 機会があれば 一日あたり日本酒 合× 年

6. 女性の方にお尋ねします。

・現在妊娠中又は可能性がありますか？ いいえ はい

・現在授乳中ですか？ いいえ はい

7. その他ご質問等ありましたら、以下にご記入をお願いします。

()

※何を見て当院をお知りになりましたか？

当院ホームページ びょういんなび 看板 知人紹介 他医療機関紹介

その他() ご記入有難う御座いました。

※お薬手帳をお持ちの方は、受付へお出し下さい

みのりファミリークリニック