

< 初診時間診票 (ダウンロード版) >

平成 年 月 日

フリガナ お名前	-----		生年	明治・大正
	-----		月日	昭和・平成 年 月 日 (才)
	-----		性別	男性・女性
ご住所	(〒 -) (アパート・マンション名)			
電話番号	-----	携帯番号	-----	
職業	会社員・自営業()・公務員・無職・その他()	勤務先 学校名	(TEL)	

下記の項目について、記入もしくは で囲んでください。 本日食事はされましたか？ はい(時) ・ いいえ

どのような症状がありますか？	かぜ ・ 嘔吐下痢 ・ その他() 検査希望() 詳しくは、病状問診表にご記入ください。
今までに右記の病気をしたり、検査で異常を指摘された事がありますか？	1. ある (下記項目に をご記入下さい) 2. ない 1) 高血圧 2) 高脂血症 3) 胃潰瘍 4) 喘息 5) リウマチ 6) 脳卒中 7) 糖尿病 8) 肝・胆のう疾患 9) 気管支炎・肺炎 10) 膠原病 11) 狭心症 12) 胃腸疾患 13) 緑内障 14) 結核 15) 心筋梗塞 16) がん 17) その他()
治療を受けていますか？	1. はい (病院・医院名:) 2. いいえ
現在、定期的に飲んでいるお薬はありますか？	1. ある (具体的に:) 2. ない
今まで手術を受けた事がありますか？	1. ある (具体的に:) 2. ない
今まで輸血を受けた事がありますか？	1. ある 2. ない
ご本人にアレルギーはありますか？	1) お薬 {ある(具体的に:) ・ ない } 2) 食べ物 {ある(具体的に:) ・ ない } 3) その他 {ある(具体的に:) ・ ない }
アルコールは飲みますか？	1. はい (平均) 2. いいえ
タバコは吸いますか？	1. はい (一日 本) 2. いいえ
女性の方へ：現在、妊娠していますか？	1. はい (ヶ月) 2. いいえ
現在、授乳中ですか？	1. はい (ヶ月) 2. いいえ
最終生理はいつですか？	年 月 日
当院にお見えになったのは？	1. 初めて 当院をどのようにして知りましたか？ 1) 紹介されて (ご紹介者: 様) 2) 人から話を聞いて 3) その他(広告・HPを見てなど具体的に:) 2. 以前来院したことがある (年 ヶ月位前)
ご意見・ご要望	
差し支えなければ参考までにご記入下さい	身長 : cm 体重 : kg