

# はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前	様		被保険者（世帯主）との続柄			
ご住所	〒		電話	( )		

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。（痛みのある場合は、その部位もお書き下さい）

2. 最近の体調はいかがですか。

食欲（ある・普通・ない） 睡眠（よく眠れる・普通・不眠）  
 便秘（日回）

3. 嗜好品についてお答え下さい。

酒（才より 1日）・たばこ（才より 1日 本）

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか（はい・いいえ） 授乳中ですか（はい・いいえ）  
 月経（順調・不順） 最終月経（月 日 ~ 月 日）  
 閉経（才）

5. 今までかかった病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃（または年齢）ですか。

虫垂炎（ ） 肝臓病（ ）  
 腎臓病（ ） 心臓病（ ）  
 高血圧（ ） 糖尿病（ ）  
 その他 病名（ ） いつ頃（ ）

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。（はい・いいえ）

「はい」の方・・・わかれば薬・食べ物の名前（ ）  
 （ ）

7. あなたの血縁関係（祖父・祖母・父・母・兄弟・子供）で次の病気にかかったことがある、又は、かかっている人があれば、○で囲み、どなたか記入して下さい。

癌（ ） 高血圧（ ） 肺結核（ ） 糖尿病（ ）  
 心臓病（ ） 喘息（ ） その他（ ）

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ち下さい。

八潮駅つばめクリニック