

フリガナ	明大
氏名 _____	男・女 生年月日： 昭平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
住所 〒 _____	府・県 _____ 市 _____
電話番号：自宅(_____)	携帯(_____)
身長： _____ cm	体重： _____ kg 血液型： _____ 型 出身地： _____

1. 本日はどういった理由で来院されましたか？
 どのような症状、目的で来られましたか？ 具体的にご記入ください。
 症状・目的 (_____)
2. 健診結果や他院からの紹介状はありますか？ なし あり⇒受付へ渡してください。
3. 過去に指摘を受けた、又は、現在他の医療機関で治療中の病気はありますか？
 いいえ はい⇒病名と現在治療中かにかチェックを付けて(何歳から)もご記入ください。

病名	現在治療中	何歳から	病名	現在治療中	何歳から
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/>	歳～	病名(_____)	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	病名(_____)	<input type="checkbox"/>	歳～

※かかりつけ医がある方はご記入ください：(_____)

4. 現在内服中のお薬はありますか？ なし あり⇒薬手帳： なし あり
5. 今まで手術や輸血を受けたことはありますか？
 ★手術： いいえ はい⇒病名：(_____) 手術名：(_____) (_____ 歳)
 ★輸血： いいえ はい⇒製剤名： 赤血球 血小板 その他(_____)
6. 血縁者の中で以下の病気にかかった方はおられますか？
 いいえ はい⇒ 血液疾患(_____) がん(部位： _____)
 その他(_____) → 本人との関係：(_____)
7. 食べ物やお薬などで体調不良・皮膚症状が出たことはありますか？
 いいえ はい⇒ お薬 食べ物 アルコール綿 造影剤 輸血
 ⇒内容：(_____)
 ⇒どういった症状でしたか？：(_____)
8. 公的なサービスや助成を受けていますか？
 いいえ はい⇒ 介護保険(介護度： _____ サービス内容： _____)
 指定難病(病名： _____)
 身体障がい者(等級： _____) その他(_____)
9. 飲酒・喫煙習慣はありますか？
 いいえ はい⇒(飲酒：週 _____ 回)、喫煙：1日 _____ 本、喫煙歴： _____ 年)
10. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠していますか？ いいえ はい⇒(第 _____ 週目・不明)
11. どのようにして当院をお知りになりましたか？ 他院からの紹介 ネット 知人
 その他(_____)
12. キーパーソン(診察、治療での相談や協力をしていただける方)はおられますか？
 いいえ はい⇒(お名前： _____ 本人との関係： _____)
 連絡先：(自宅又は携帯・勤務先・その他) _____