

初めての方(診察券無し)

NO. _____

フリガナ					年	月	日
氏名			男・女	生年	明・大・昭・平		
住所	〒			月日	年	月	日
電話	() -	携帯	() -				
体温	℃	身長	cm	体重	kg		
同居家族	() 人	祖父・祖母・父・母・夫・妻・兄弟姉妹	()	子	()	孫	()

※当院はどのようにお知りになりましたか？ 看板・広告・知人の紹介・HP・()

* 本日はどうされましたか？ (例:せき・鼻水・胸が苦しい等)

いつ頃から

症状

ご希望の検査 尿検査・血液検査・血糖検査・レントゲン・腹部エコー・心電図
超音波検査・動脈硬化・その他 ()

* 他医院の受診 病名 _____ 医院名 _____

無・有 → 何の薬・薬名 _____

* 過去に大きな病気・手術・けがはありますか？

無・有 → いつ頃 _____ 病名 _____
いつ頃 _____ 病名 _____

* アレルギーはありますか？ (じんましん・気分が悪くなった等)

無・有 → 薬・注射・ _____
食物・ _____

* ご家族で病気の方はみえますか？ (例:高血圧・糖尿・癌・脳卒中・心臓病・喘息)

無・有 → 病名・ _____
続柄・ _____

* 喫煙歴はありますか？

無・有 → 喫煙中 1日 _____ 本 _____ 歳から喫煙 約 _____ 年喫煙
禁煙 約 _____ 年前に禁煙

* 飲酒歴はありますか？

無・有 → 毎日 日本酒・焼酎 (_____ 合) ビール(350ml _____ 本)
たまに 日本酒・焼酎 (_____ 合) ビール(350ml _____ 本)

★ 女性の方へ

妊娠されていますか？ いいえ はい _____ 週目

授乳中ですか？ いいえ はい _____

生理中ですか？ いいえ はい _____ 日目

※ 当院では、患者様の個人情報を厳重に管理させていただきます。患者様の許可無く第三者に開示致しません。

わたなべクリニック