

ふりがな：

御名前：

様

男・女

御住所：〒

TEL： - - (緊急連絡先： - - )

生年月日： 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 才)

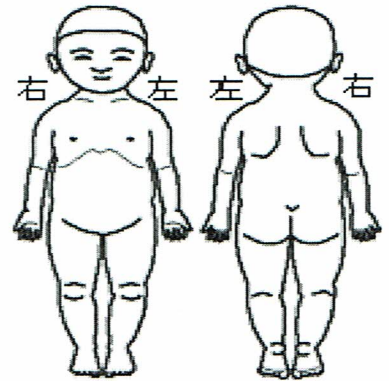
職業： 身長： cm 体重： kg 体温： °C

【1】 来院目的・要望する診察をご記入ください

[ ]

【2】 症状の詳細についてご記入ください (右図に示してください)

[ いつから :  
どこに :  
どのような :



【3】 この症状で過去に受診された医療機関があれば  
医療機関名とそちらでの診断、検査、治療内容をご記入ください

[ ]

【4】 お薬や食べ物などでアレルギーがありましたか？当てはまる項目に○をつけてください  
・アルコール ・消毒液 ・局所麻酔 ・お薬 ・食べ物 ( )

【5】 今までにかかった病気に○をつけてください

・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・胃潰瘍 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・心臓血管疾患  
・脳血管疾患 ・精神疾患 ・その他の病気 ( ) ・その他手術 ( )

【6】 今飲んでいる薬はありますか？(市販薬を含む)

・なし ・あり 薬の名前 ( )

【7】 血が止まりにくい・皮下出血になりやすいですか？ ・いいえ ・はい

【8】 タバコは吸われますか？ ・いいえ ・はい 1日 ( 本) 喫煙期間 ( 年間)  
お酒は飲まれますか？ ・いいえ ・はい 1日 (お酒の種類： 量： )

【9】 食欲はありますか？ ・はい ・いいえ  
睡眠は十分とれていますか？ ・とれている ・とれていない  
排尿の状態はどうですか？ ・問題ない ・出にくい  
患部の麻痺やしびれなどがありますか？ ・感じる ・感じない  
患部を温めると、痛みが改善しますか？ ・改善 ・変わらない ・悪化

【10】 妊娠の可能性はありますか？ ・いいえ ・はい ・授乳中 (妊娠： 週目)

【11】 同居している家族は居ますか？

・居ない ・居る 間柄 ( )

【12】 血縁の方で病気になった方は居ますか？

・居ない ・居る [ 間柄 : 何の病気 :  
:  
:  
:  
:]

【13】 このクリニックを何でお知りになりましたか？

・看板 (場所： ) ・紹介 ・インターネット ・その他 ( )