

初診時間診票

フリガナ

氏名： _____ (男 ・ 女)

生年月日： 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所： 〒 _____ - _____

電話番号： _____ - _____

1. 今日はどうな事で、おいでになられましたか？

熱 (いつ頃からですか？ _____ 前頃から _____ °C)

喉が痛い・咳・鼻水・頭痛・腹痛・胃痛・吐き気・嘔吐・発疹

高血圧・胸痛・胸の圧迫感・動悸・むくみ・めまい・予防接種

その他 (_____) いつ頃からですか？ (_____ 前頃から)

2. 他院からの紹介状はありますか？ はい ・ いいえ

3. 今までに入院をするような大きな病気にかかったことがありますか？

はい (病名： _____) いいえ

4. 今までに生活習慣病を指摘されたことがありますか？

はい (⇒ 高血圧・糖尿病・脂質異常症) いいえ

5. 現在治療中の病気・内服薬がありますか？

はい (病名： _____) いいえ

はい (薬： _____) いいえ

6. 生活習慣病についておたずねします。

アルコールは飲みますか？

はい (時々・1~3日おき・1~2日おき・ほぼ毎日 _____ 年間) いいえ

タバコを吸いますか？ はい (_____ 本/日を _____ 年間) いいえ

7. 薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？

はい (具体的に： _____) いいえ

8. このクリニックを何で知りましたか？

新聞広告・電柱広告・バス放送・インターネット・家族または知人から

近所に居住・その他 (_____)

9. 女性の方におたずねします。

妊娠されていますか？ はい (_____ カ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。 新保クリニック