

初めて診察を受ける方へ

フリガナ 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)
住所 〒 -		
☎() -	携帯電話 - -	

身長: cm 体重: kg 体温: °C

- 紹介状 (なし・あり) ●健康診断結果・書類 (なし・あり)
- かかりつけ医がごいますか (なし・あり) 医院・病院
→ありの方 かかりつけ医からお薬が処方されていますか (なし・あり)

1. いつから、どのような症状がありますか

2. 今までかかったり、指摘されたことがある病気に○をしてください。
()内に年齢も記載してください

- | | | | |
|----------------|----------------|---------------|--------------|
| 高血圧(才) | 糖尿病(才) | 高脂血症(才) | 緑内障(才) |
| 狭心症(才) | 不整脈(才) | 心筋梗塞(才) | 肺疾患(才) |
| 脳出血(才) | 脳梗塞(才) | 肝臓病(才) | 腎臓病(才) |
| 前立腺肥大(才) | 気管支喘息(才) | がん(部位 才) | |
- その他

3. 今まで手術をしたことがありますか

いいえ はい (部位 才)

4. 血縁関係(両親・祖父母・兄弟・子供・おじ・お婆)の方で病気をお持ちの方はいらっしゃいますか

いいえ ・ はい (糖尿病・高血圧・脳卒中・心疾患・肝疾患・がん など)

5. アレルギーはありますか

いいえ ・ はい (食品 薬品 その他)

6. タバコを吸いますか または過去に吸っていたことがありますか

いいえ ・ はい 才 ~ 才 本/日

7. お酒を飲みますか

いいえ ・ はい 何を 合・ml/日)

8. 便通は

毎日 ・ 2~3日おき ・ 4~5日おき ・ それ以上

9. (女性のみ)現在妊娠している可能性はありますか (いいえ ・ はい)