

【 初診の方へ 】

平成 年 月 日

フリガナ

未成年者の方へ 保護者の同伴 あり・なし

氏 名 男・女

勤務先名

生年月日 T S H 年 月 日

職 業

〒 -

(世帯主名)

住 所

電話番号

体温

℃

◎ 本日の受診理由をお聞かせ下さい。

体重

Kg

●いつ頃から、どのような具合ですか？

●健診結果での受診ですか？ (はい ・ いいえ)

◎ 今まで入院・手術をしたことがありますか？

ある いつ頃 () 病 名 ()

ない

◎ 他の医院からもらっている薬はありますか？

ある 医院名 () 何の薬ですか ()

ない

◎ アレルギーはありますか？

ある 何のアレルギーですか？ くすり () 食品 ()

その他 ()

ない

◎ 家族で糖尿病・高血圧・高脂血症の方はいますか？

いる 病名 ()

いない

◎ ドックや市・町の健診、職場の健診を受けていますか？

は い・・・ 異常値等がありましたか？ その項目は ()

* 結果をお持ちでしたら、受付・看護師にお渡し下さい。

いない

◎ お酒は飲みますか？

飲まない

飲む・・・何を () どの位 ()

◎ タバコは吸いますか？

吸わない

吸う・・・1日 約 () 本