

当院をはじめて受診される方用

年 月 日

フリガナ 氏名		性別	女・男	生年月日 T・S・H・R	年 月 日 才
住所	〒		電話番号（自宅）（ ） （携帯）（ ）		
女性の方	妊娠していない・妊娠中（ 週）・授乳中				

身長（ ）cm 体重（ ）kg 平熱（ ）℃ 現在の熱（ ）℃

どんな症状か教えてください。

いつから

どこが

症状

どんな病気を心配していますか？

今までにかかったことのある病気 ない・ある（ある方は○をつけて下さい）

狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・ぜんそく・高血圧・糖尿病・脂質異常・うつ病・癌・
バセドウ病・その他（ ）

お薬手帳をお持ちですか ない・ある

あると答えた方→受付にお薬手帳をお出してください

ないと答えた方→服用中のお薬があれば飲んでおられるお薬： _____

アレルギー ない・ある ※必ずお答えください

あると答えた方→薬剤（ ）・食物（ ）・花粉・アルコール綿
その他（ ）

ご家族の方の病気（○をつけて下さい）

脳梗塞・くも膜下出血・心臓病・高血圧・糖尿病・血液疾患

がん（部位： ）・甲状腺疾患・精神疾患・その他（ ）

4か月以内に海外旅行に 行っていない・行った（行き先： ）