

ふりがな		男・女	(才)
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
住所	〒 -	電話	自宅 携帯
身長 (cm)	体重 (kg)	職業	

☆下記の項目は診察上大切なことですので必ずご記入願います。

1	現在の症状は？		
	いつから？		
	今の体温 () °C		
2	現在、医師の治療を受けていたり、薬を服用していますか？	はい 病名 () 薬品名 ()	/いいえ
4	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。 高血圧 高脂血症 糖尿病 甲状腺疾患 肝臓病 心臓病 胃腸病 呼吸器病 腎臓病 がん 前立腺肥大 その他 () /何もない		
5	手術を受けたことがありますか？	はい いつごろ () 病名 () どこで ()	/いいえ
6	アレルギーを起こしたことがありますか？	はい 薬・食物アレルギー・花粉症・喘息・その他 アレルギーの原因 ()	いいえ
7	お酒・たばこは一日にどのくらい飲まれますか？	酒 (合) ビール (本)	たばこ (本)
8	領収証のほかに細かい内容の医療明細書は必要ですか？	はい	いいえ
9	ご要望やご意見があればお書きください。		

アンケート：今後の医院運営の参考にさせていただきますので、ご協力お願い申し上げます。

10	当院を受診されたきっかけは？	①紹介 勧められて 紹介者 () ②インターネット・ホームページ ③近所だから ④その他
----	----------------	--

女性の方のみ

11	現在妊娠していますか？	はい (ヶ月)	いいえ	わからない
12	最終月経はいつですか？	(月 日 ごろから)	閉経 () 才ごろ	
13	現在授乳中ですか？	はい	いいえ	