

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男	・	女	歳
住所	〒					
電話番号	自宅	:	( )	携帯	:	- -

希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する口に☑をお願いいたします。

来院目的  相談・治療  転医希望  心療内科  外科処置  健診  診断書  介護申請  
 検査(具体的に↓)  注射・点滴  
 { }

持参書類  なし  紹介状  健診報告書 その他 ( )

症状 … 発症日 ☑ ( ) から ■ ( ) から [二段階に発症した場合は■で記載追加]  
 痛み …  あたま  のど  胸  おなか その他 ( )  
 発熱・倦怠感  鼻水・鼻づまり  咳・たん  息苦しい  下痢  便秘  皮膚のかゆみ  
 食欲↓  はきけ～嘔吐  動悸  むくみ  めまい・ふらつき  不眠  うつ  
 その他 { }

現在もっている病気  なし  あり ⇒  
 通院中の病院  内科  整形外科  耳鼻科  皮膚科  眼科  
 泌尿器科  心療内科・精神科  外科  
 その他～病院名 { }  
 病名  高血圧  糖尿病  コレステロール・中性脂肪↑  尿酸↑  
 喘息  心疾患  不整脈  緑内障  前立腺肥大  
 癌  アトピー性皮膚炎  精神疾患  腎疾患  骨粗鬆症  
 その他・具体的に { }

現在飲んでいる薬 ～ 来院までに他でもらった薬  なし  あり ⇒  
 薬のなまえ { }

過去にかかった大きな病気  なし  あり ⇒  
 病名  喘息  肺炎  気胸  癌  胃・十二指腸潰瘍  
 胆石  痛風  尿管結石  心疾患  不整脈  
 精神疾患  腎疾患  
 その他 { }

家族の既往症  なし  あり ⇒  
 病気のあった家族 (○で囲んでください)  
 … 母 父 兄弟姉妹  … 母 父 兄弟姉妹  
 病名  高血圧  糖尿病  コレステロール・中性脂肪↑  尿酸↑  
 心疾患  不整脈  癌  喘息  精神科疾患  
 その他 { }

薬・食べ物のアレルギー  なし  あり ⇒  
 該当する薬や食べ物のなまえ { }

処方希望する薬  
 具体的に処方してほしい薬 { }  
 さけてほしい薬 (アレルギーで記載した薬は記載しなくてけっこうです) { }

喫煙  なし  あり  やめた ( ) まで ( ) 本/日 … ( ) まで吸っていた  
 飲酒  なし  あり  やめた ( ) まで ( ) 週 ( ) 日 種類・量 ( )

妊娠  なし  あり ⇒ ( ) カ月 授乳  なし  あり ⇒ ( ) 歳 ( ) カ月

来院のきっかけ  
 1 近隣・知人のご紹介  6 電話帳広告を見て  
 2 他医療機関からの紹介  7 新聞広告の折り込みチラシを見て  
 3 通りがかり  8 ホームページを見て  
 4 バスの広告を見て  9 情報誌を見て  
 5 電柱広告を見て  0 その他 ( )

\* ご協力ありがとうございました。