

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名				年齢	歳
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成			年	月 日
住所	〒				
電話番号					
身長	cm	体重	kg	本日の体温	°C

診察や検査の参考に致しますので、できるだけ詳しくご記入をお願いいたします。

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのような症状ですか？
いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ

はい 年 月 日から にかかっている

■健診結果や他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを（ ）にご記入ください。

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息 (頃) | <input type="checkbox"/> 肺炎 (頃) | <input type="checkbox"/> 結核 (頃) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (頃) | <input type="checkbox"/> 肝臓病 (頃) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 (頃) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (頃) | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (頃) | <input type="checkbox"/> がん (頃) |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 (頃) | <input type="checkbox"/> その他 (病名: 頃) | |

■現在、服用中のお薬がありましたら教えてください。 なし あり

薬剤情報、お薬手帳などありましたらお見せください。

裏面にも質問事項がございます。お手数ですがご記入をお願いいたします。

■今までの手術の経験はありますか？
なし あり

（ 病名： _____
時期： _____ ）

■輸血を受けたことがありますか？ なし あり（時期： _____）

■アレルギーについてお聞かせください。
1) 薬のアレルギーはありますか？ なし あり（ _____ ）
2) 食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり（ _____ ）
3) その他のアレルギーがありましたらご記入ください。 _____

■喫煙についてお聞かせください。（電子タバコ含む）
吸わない
吸う
過去に吸っていた

（ 1日約 _____ 本、 _____ 年間 ）

■アルコールについてお聞かせください。
飲まない
飲む
過去に飲んでいた

（ お酒の種類： _____ 毎日飲む
_____ 時々飲む
1回： _____ 杯 月に2～3回飲む ）

◆女性の方にお伺いします◆
妊娠していない 可能性がある
妊娠中（ _____ ヶ月） 授乳中 閉経している
最終月経はいつですか？ _____ 月 _____ 日

ご協力ありがとうございました。ご記入いただけましたら、受付へお渡しください。
個人情報保護法の施行に伴い、当院ではスタッフ及び関係者にこれを周知徹底し、
適切な個人情報の管理と保護に努めます。



秋元ファミリークリニック