

No. _____

初めて来院された方へ

H29.9.8 改訂版

ご記入よろしくお願いします。

(医療法人) たけだクリニック

(ふりがな) 名前	()	性別	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
		男・女		(歳	ヶ月)	
住所	〒			電話番号	-	-	
身長	cm		体重	kg			

◎いつごろから症状がありますか？

- 今日 (来院日 当日) 昨日 (来院日 前日) 2～6日前 1週間前 1～3週間前
 3～8週間前 8週間以上前 不明

◎どのような症状ですか？ (複数回答可)

- 熱がある のどが痛い 鼻水・鼻づまり せき 痰 (たん) 息苦しい
 頭痛 めまい 吐き気 腹痛 食欲がない 下痢 便秘
 胸痛 動悸 かゆみ 血圧が高い その他

その他の症状の場合は、ご記入ください。

()

◎他の医療機関を受診したか、或いは服用している薬(市販薬も含めて)はありますか？

はい・いいえ

医療機関名 ()

薬 ()

◎現在又は過去に以下の病気等にかかった事がありますか？

- 脳、神経疾患 呼吸器疾患 高血圧症、心臓病 胃腸疾患 肝臓疾患 腎臓、泌尿器疾患
 貧血、血液疾患 高脂血症 (脂質異常症) 糖尿病 心身症、不眠、うつなど
 アレルギー疾患 (気管支喘息 アレルギー性鼻炎、花粉症 アトピー性皮膚炎)
 リウマチなどの膠原病 その他 ()

◎薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい (原因になる物 :

) ・いいえ ・わからない

☆かかりつけ薬局はありますか？

はい・いいえ

薬局名 ()

☆お薬手帳はお持ちですか？

はい・いいえ

☆現在妊娠中ですか？ (女性の方へ)

はい (妊娠 月) ・いいえ

☆喫煙について

吸っている ___ 歳 ~ 現在 (1 日 ___ 本位)

過去に吸っていた ___ 歳 ~ ___ 歳 (___ 年間) 1 日 ___ 本位

一度も吸っていない

☆何人家族ですか？ (自分を含めて)

() 人

☆当クリニックに来院した、或いは知ったきっかけは何ですか？

- くちコミ (家族や知人などに聞いて) インターネット 医療機関、薬局などの紹介や勧めで
 通りがかり、近い その他 ()

ありがとうございました。