

はじめてのかたに

令和 年 月 日

NO.

ふりがな							性別	男・女
氏名								
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	()	才		
住所	〒 -							
電話	() -							
身長	cm	体重	kg	体温	℃	血圧	/	

- ◆ 紹介状をお持ちですか？ ある ない 病院名
- ◆ 当院をお知りになったきっかけ 知り合いから聞いて()様 自宅・職場に近い
インターネット 看板 情報センター その他()
1. いつ頃から、どのような症状がありますか？
本日から ・ ()日前から ・ ()ヶ月前から
症状：
2. 今までにかかった病気を○で囲んでください。またそれはいつ頃ですか？
高血圧 ()頃 ・ 糖尿病 ()頃 ・ 脳出血 ()頃
脳梗塞 ()頃 ・ 腎臓病 ()頃 ・ 心臓病 ()頃
胃潰瘍 ()頃 ・ 喘息 ()頃 ・ その他 ()頃
3. 今内服している薬はありますか？ そのお薬の名称をご記入ください。
ない
ある () 病院 ()
4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？
ない
ある ()
5. 嗜好品についてお聞きします。
アルコール： 飲まない
飲む (毎日 ・ 週4～6回 ・ 週2～3回 ・ 週1回)
たばこ : 吸わない ・ 吸う (本 /1日 才から)
6. 女性の方にお聞きします。
妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか？ : ある ・ ない
現在授乳中ですか : はい ・ いいえ
7. その他希望事項
・ 検査をしてほしい ・ その他 ()

※ご記入していただいた内容に関してはプライバシーの保護を厳守いたします。ご協力ありがとうございました。
徳川かとうクリニック 院長 加藤康二郎