

初めて診察を受けられる患者様に

記入日： 年 月 日

|                    |   |       |   |                |          |
|--------------------|---|-------|---|----------------|----------|
| フリガナ               |   | 性別    |   | 西暦・大正・昭和・平成・令和 | 年齢       |
| 氏名                 |   | 男     | 女 | 生年月日           | 年 月 日生 才 |
| 住所                 | 〒   |       |   |                |          |
| 電話                 |   | 携帯電話  |   |                |          |
| 介護認定の有無<br>(介護保険証) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 緊急連絡先 |   |                | 続柄       |

1 ご来院の症状について、ご記入ください。

・いつ頃から？

・どこが？

・どんな具合に？

2 現在、お薬を飲まれていますか？  いいえ

薬名：

3 次の病名で、現在治療中または過去に治療を受けたことがありますか？  いいえ

高血圧症  狭心症または心筋梗塞  不整脈  糖尿病  高脂血症  透析

胃・十二指腸潰瘍  肝臓病  関節リウマチ  その他 ( )

4 今までに手術や大きな病気をしたことがありますか？  いいえ

いつ頃？

病名：

5 現在リハビリに通われていますか？  はい  いいえ

6 体内にペースメーカー、金属、入れ墨などがありますか？  いいえ

ペースメーカー  金属 (部位： )  入れ墨 (部位： )

7 お薬や歯科の麻酔薬、食べ物などにアレルギー症状はありますか？  いいえ

・症状： かゆみ  吐き気  めまい  息苦しさ  その他 ( )

・アレルギーの原因と思われるもの：

8 次に該当する箇所を○で囲んでください。

・タバコ (吸わない・1日 本程度) ・アルコール (飲まない・1日 cc程度)

★女性のみ、ご記入ください。

・妊娠の可能性 (あり・なし)

9 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

看板・通りがかり  知人の紹介  他施設の紹介 ( )  当院HP

病院紹介サイト (病院ナビなど)  検索 (Google・ )  その他 ( )

----- ご記入ありがとうございました。-----