

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	〒			診察券No. ※お持ちの方	
電話		携帯電話			
介護認定の有無 (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。				紹介状の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

・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、入れ墨などはありますか? 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) 検索ワード() その他()

----- ご記入ありがとうございました。 -----