

ふりがな 氏名	男・女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)			
自宅電話番号 () - / 携帯番号 () -			
緊急連絡先 () - 【氏名： 続柄： 】			

①今日はどうのような症状で受診されましたか。

②その症状はいつ頃から始まりましたか。

③その症状について他の医療機関に受診されましたか。

いいえ はい (はいの場合、病院・医院名： _____)

④市販薬を使用しましたか

いいえ はい (はいの場合、薬名： _____)

⑤現在治療を受けていますか。

いいえ はい 中断 (病名 _____ 病院・医院名 _____)
薬の名前 _____

⑥過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、以下に病名、その年月日などを記入してください)
病名 _____
年月日 _____

⑦これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、以下にわかる範囲で記入してください)
薬の名前、種類と副作用の症状 _____

⑧お酒は飲まれますか。

いいえ はい (回数と量 _____)

⑨タバコは吸いますか。

いいえ はい (1日 _____ 本、 _____ 年間)
やめた (_____ 年前)

●女性の方にお尋ねします。

- ・現在妊娠中ですか。
いいえ はい (現在 _____ ケ月)
妊娠の可能性がある 不明
- ・現在授乳中ですか。
いいえ はい
- ・生理はいかがですか
順調 不順 閉経 (_____ 才)

アンケート (よろしければお答えください)

●当院をお知りになったきっかけは
なんですか

- 家族の紹介 知り合いの紹介
- 看板 電話帳 インターネット
- 通勤などの通り道
- その他 (_____)

職員記入欄

身長： _____ cm

体重： _____ kg

体温： _____ °C

ご協力ありがとうございました。