

# はじめて診察をうけられる方へ

受診日 平成 年 月 日

ふりがな			明大昭平
お名前	様 男・女	年 月 日生 ( ) 才	
住所	〒		電話 ( )
会社名	電話 ( )	職 種	紹 介 者

① 今日はどこが悪くてお越しになりましたか？

② 今までに次の病気にかかったことがありますか？ いいえ

喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 結核 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧  
肝臓病 脳卒中 腎臓病 糖尿病 痛風 胃・十二指腸潰瘍 痔  
癌 前立腺肥大 緑内障 (その他 )

③ 大きな手術、けが、重い病気にかかったことがありますか？ はい・いいえ

病名がわかれば記入して下さい ( )

④ 注射、のみ薬、食べ物で発疹がでたり、気分が悪くなったりしたことがありますか？

薬の名前などがわかれば記入して下さい はい・いいえ  
(ピリン系・抗生物質・麻酔薬など )

⑤ 家族で重い病気にかかったり、アレルギー体質の人はいますか？ はい・いいえ

・高血圧・糖尿病・癌・肝臓病・その他 ( )

⑥ 次のことを記入して下さい

・アルコール 飲まない・飲む (種類: ) ( 杯/日)  
・タバコ 吸わない・吸う ( 本/日)

〔女性の方へ〕

・現在妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ・わからない

・最終月経は？ 月 日から 日間

・妊娠中に異常はありましたか？ はい ( ) いいえ

⑦ 当院を何でお知りになりましたか？ ( )

※その他異常なことがあった方は必ずお申し出下さい。