

ふりがな  
 名前 生年月日 年 月 日 ( 歳 )  
 住所 ( 職業 ) ( 既婚・未婚 )  
 電話番号 (自宅) (携帯) (緊急連絡先) (続柄: )  
 ・よろしければ、当院を選んだ理由を教えてください。  
 (他院より紹介状持参、知り合いからの紹介、インターネットを見て、その他 )  
 ・今日は食事をしてきましたか? ( はい・⇒ 時頃 いいえ )  
 ・家族構成を教えてください。( ) = \_\_\_\_\_人暮らし  
 ・主に食事を作る人はどなたですか? ( )

\* 今日はどうしましたか? (当てはまるものがあれば○、なければ次の項目に進んで下さい)

( ) 健康診断で再検査と言われた。

( ) 別の施設で治療をしているが、こちらのクリニックで診てもらいたい。

その他 [ ]

\* 今までに 大きな病気または、手術をしたことがありますか? ( はい いいえ )

[ はいに○を付けた方・病名は何ですか? ]

\* 今現在 飲んでいるお薬があれば記入してください。

[ お薬手帳がある方は提出してください。 ]

\* 今までにお薬で副作用が出たことがありますか?

[ ]

\* お酒は飲みますか? ( はい /日 ・ いいえ )

\* タバコは吸いますか? ( はい 本/日 ・ いいえ )

\* 血縁者で

心筋梗塞の方はいらっしゃいますか? ( いる・⇒ \_\_\_\_\_ ・ いない・わからない )

脳卒中の方はいらっしゃいますか? ( いる・⇒ \_\_\_\_\_ ・ いない・わからない )

糖尿病の方はいらっしゃいますか? ( いる・⇒ \_\_\_\_\_ ・ いない・わからない )

\* 今 現在の

体重 kg 身長 cm 血圧 / mmHg ( )

ありがとうございました。もう少々お待ちください。