

(ID:)

年 月 日

ふりがな
名前 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 (職業) (配偶者 有・無)

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 k g 身長 c m 血圧 / mmHg

きたかみ駅前内科クリニック

血圧・脂質