

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? ()				

○オンライン資格確認による情報提供として、薬剤情報の閲覧に同意しますか? (はい・いいえ)
 特定健診の情報閲覧に同意しますか? (はい・いいえ)

○限度額適用認定証明に同意しましたか? (はい・いいえ)

* 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ほしい。
 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

ありがとうございました。もう少々お待ちください。

