

受診される方へ

I D

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 男・女 _____ 体温 _____ °C

血圧 _____

1. ①どのような症状ですか _____

②いつからですか _____

③思い当たる原因はありますか _____

④今回の症状で他院を受診されましたか

・受けていない ・受けた _____ 月 _____ 日

病院名 _____

診断名 _____

(どのような説明を受けましたか)

2. ①今までの病気やけがを教えてください。

・無 ・有 高血圧 糖尿病 心臓病 脳疾患 胃潰瘍 喘息
骨折 脱臼 その他(_____)

②手術をしたことはありますか ・無 ・有

手術名 _____ 何歳の時ですか _____ 歳

手術を受けた病院名 _____

③現在服用中の薬や通院中の病院があれば教えてください。

(お持ちの方は薬手帳もご提示願います)

3. 薬品、食品でアレルギーを起こしたことがありますか

・無 ・有 薬品名 _____ 症状 _____
食品名 _____ 症状 _____

4. 当院をどこでお知りになりましたか

・インターネット ・友人知人の紹介 ・家族の紹介 ・他院からの紹介
・駅の看板や広告 ・近所だから ・その他(_____)

5. 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか。 ・無 ・有

(*裏面へ)

