

初診時間診票

No.

以下は診察に必要な事柄ですのでご記入をお願いいたします。

なおご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

令和 年 月 日

ふりがな				男・女	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 (才)
ご住所	〒	-	電話番号 () -		
			携帯番号 () -		
身長	cm	体重	kg	緊急時の連絡先 ※実家・勤務先など	お名前： 続柄： () -

① 今日どのような症状で来院されましたか？ 例：おなかが痛い、咳がひどい・・・など

それはいつ頃からですか？ (日から / 日前頃から) ◎現在の体温 . °C

② いままでに大きな病気をしたことがありますか？

はい (病名：) ・ いいえ

③ 血圧が高いといわれたことがありますか？ はい ・ いいえ

④ 尿に糖がでたことがありますか？ はい ・ いいえ

⑤ 現在服用している薬がありますか？ 「おくすり手帳」をお持ちのかたは受付へお出し下さい
はい (薬名：) ・ いいえ

⑥ 毎日の生活についておたずねします

- ・ 夜はよく眠れますか はい ・ いいえ
- ・ 尿、便は1日何回ですか 尿 (回位)、便 (回位 / 日に1回位)
- ・ アルコールはのみますか はい ・ いいえ
- ・ タバコは吸いますか はい ・ いいえ
- ・ 食事は規則正しく1日3回食べていますか はい ・ ときどき ・ いいえ

⑦ いままでに飲み薬や注射等で具合が悪くなったことがありますか？

はい (薬名：) ・ いいえ

⑧ 輸血や手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

⑨ 女性のかたに 現在妊娠中または授乳中ですか？ 妊娠中 (ヶ月) ・ 授乳中 ・ いいえ

⑩ その他医師に伝えておきたいことがありましたらご記入下さい 例：粉薬は飲めない・・・など

⑪ 当院を受診されたきっかけを教えてください。複数回答可

インターネット 駅や電信柱などの看板 家が近い 知り合いからの紹介 その他 ()