

# 初めて診察をお受け頂く方へ

ふりがな		生 年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日生 (才) (男・女)
氏名						
住所	〒		電話	自宅	携帯電話	勤務先

\* 下記の項目については診療上、大切なことですので必ずご記入下さい。

1	現在の症状は？ いつから ( ) どのような症状 ( )	
2	発熱は？	あり ( °C)      なし
3	現在医師の治療を受けたり、服用している薬はありますか？	はい (薬名 )      いいえ
4	今までにかかった病気について○印をつけてください。 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・甲状腺疾患・肝臓病・胃腸病・心臓病・呼吸器病 腎臓病・がん・前立腺肥大症・緑内障・その他 ( )	
5	以前に手術を受けたことがありますか？	はい izzozoo ( ) 病名は？ ( )      いいえ
6	以前に薬や注射、または食品でアレルギー（発疹・気分不良など）を起こしたことがありますか？	はい 薬や食品の名前 ( )      いいえ
7	お酒・タバコはどれくらいのみますか？	1日 izzoo 合, beer 本, tabaco 本
8	血縁の方に病気があれば○印をつけてください。 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・甲状腺疾患・肝臓病・胃腸病・心臓病・呼吸器病 腎臓病・がん・前立腺肥大症・緑内障・その他 ( )	
9	現在妊娠してますか？（女性の方のみご記入ください） はい      いいえ      わからない (最終月経日 )	
10	希望される医師 (※必ずご記入ください)	<input type="checkbox"/> 診察      1. どちらでも良い      2. 男性医師      3. 女性医師 <input type="checkbox"/> 検査説明      1. どちらでも良い      2. 男性医師      3. 女性医師 <input type="checkbox"/> 大腸検査      1. どちらでも良い      2. 男性医師      3. 女性医師 <input type="checkbox"/> 胃検査      1. どちらでも良い      2. 男性医師      3. 女性医師

アンケート：今後のクリニック運営の参考にさせていただきますので、ご協力の程お願い致します。

11	当院を受診されたきっかけは？	1. 紹介・勧められて      紹介者： 2. インターネット・HP      3. 診療所の前を通り掛って 4. その他 ( )
----	----------------	--