

ふりがな

氏名 _____ 様 生年月日 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

1. どうされましたか？ 本日の受診理由をお書き下さい。症状のある方は、いつから、
どのような症状がありますか。 体温 _____℃

2. 1. について、他の医院でみてもらったことはありますか。（はい いいえ）
そのときの病名、医院名を教えてください

3. 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか。（はい いいえ）
病名、薬、治療内容、医院名を教えてください。

4. 今までに大きな病気をされたことはありますか。（はい いいえ）
いつ頃、どの病院で病名、手術名などを教えてください。

5. 両親や兄弟、姉妹で大きな病気にかかった方はおられますか。（はい いいえ）
高血圧（はい いいえ）どなたが
糖尿病（はい いいえ）どなたが
がん（はい いいえ）どなたが
その他（はい いいえ）どなたが
6. アレルギーをおこしたことがありますか（はい いいえ）
アレルギーをおこした薬、注射、食べ物を教えてください。

7. 身長 _____ cm 体重 _____ kg（増えた 変わらない やせた）
8. 食欲は（ある ふつう ない）
9. 便通は（ ） / （ ）日（硬い ふつう やわらかい）
10. アルコールは（ ）を（ ）cc飲む、①毎日 ②週に（ ）回
③月に（ ）回 ④飲まない
11. たばこは ①吸う（ ）年前から（ ）本/日 ②吸わない ③やめた
12. 女性の方に質問します ①現在、妊娠の可能性はありますか。（はい いいえ）
②現在、授乳中ですか。（はい いいえ）
13. 最後質問です。坂本内科クリニックをどうやってお知りになりましたか？
① 開院ちらし、内覧会 ②ホームページ ③看板 ④知人の勧め ⑤その他（ ）