

はじめてのかたに

令和 年 月 日

フリガナ 氏名			男	生年	昭和	年	月	日	歳
			女	月日	平成・令和				
住所	〒								
自宅 tel		携帯		職業					
身長		cm	体重		kg	体温			

1. いつからどのような症状がありますか？（簡単にお書きください）

2. 現在、他の病院にかかっていますか？

いいえ ・ はい （病名 \_\_\_\_\_、病院名 \_\_\_\_\_）

3. 現在、服用中の薬はありますか？

いいえ ・ はい （薬名 \_\_\_\_\_）

4. 今までに次のような病気や、入院・手術をしたことがありますか？

いいえ ・ 糖尿病・高血圧・心臓病・腎炎・肝臓病  
胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大・結核・喘息

5. 今まで薬や注射でアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったり）が出たことがありますか？

いいえ ・ はい （薬・注射名 \_\_\_\_\_）

6. アレルギーにかかったことがありますか？

いいえ ・ はい 食物・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他（ \_\_\_\_\_ ）

7. タバコは吸いますか？

いいえ ・ はい （1日に何本？ \_\_\_\_\_ 本、いつから？ \_\_\_\_\_ 歳から）

8. アルコールは飲みますか？

いいえ ・ はい （1日に酒 \_\_\_\_\_ 合、ビール \_\_\_\_\_ 本、ウイスキー \_\_\_\_\_ 杯）

9. 女性の方へ

※最後の生理はいつですか？（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間）

※現在、生理中ですか？ ① はい ② いいえ

※現在、妊娠していますか？ ① はい（ \_\_\_\_\_ ヶ月）② いいえ

10. 来院されたきっかけを教えてください。

ホームページ・ご家族が通院されている・看板  
紹介（知人・病院： \_\_\_\_\_）・その他（ \_\_\_\_\_ ）

11. その他

希望事項（ \_\_\_\_\_ ）

マイナ保険証を利用されるかたへ

診療情報の取得に同意しますか？ はい ・ いいえ