



年 月 日

|      |             |   |   |     |       |
|------|-------------|---|---|-----|-------|
| フリガナ |             |   |   | 性別  | 男 ・ 女 |
| お名前  |             |   |   |     |       |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日   | ( 才 ) |
| ご住所  | ( 〒 - )     |   |   |     |       |
| 電話番号 | ( 携帯 )      |   |   |     |       |
| 勤務先名 |             |   |   | 所在地 | 市     |

お身体の具合の悪い様子を教えてください。

☆いつから

☆どのような症状ですか

[ ( 体温 ) ]

現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか。( ある ・ ない )  
( )

以前にかかった病気があればお書きください。

[ ]

今までにショックやアレルギーを起こしたことがありますか。( ある ・ ない )  
ある方は何が原因ですか。( )

身長 ( cm ) 体重 ( kg )

緑内障はありますか。( ある ・ ない )

喘息はありますか。( ある ・ ない )

不整脈はありますか。( ある ・ ない )

現在、喫煙はされますか。( する → 本/日<喫煙歴 年> ・ しない )

お酒は飲まれますか。( のむ → 少 ・ 多 ・ のまない )

1日平均 ビール( )本 日本酒( )合 その他( )

男性の方：前立腺肥大はありますか。( ある ・ ない )

女性の方：現在妊娠している可能性はありますか。( ある ・ ない ・ わからない )

|   |  |
|---|--|
| <p>当院をお知りになった理由をお聞かせください。</p>   |  |
| <input type="checkbox"/> 知人や家族の紹介 (さしつかえなければお名前をご記入ください： )                  |  |
| <input type="checkbox"/> 病院の近くを通った  |  |
| <input type="checkbox"/> 当院の公式ホームページ  |  |
| <input type="checkbox"/> Google Map   |  |
| <input type="checkbox"/> 検索エンジン (Yahoo・Google・その他： / 検索ワード： )               |  |
| <input type="checkbox"/> 当院の公式 SNS ( LINE ・ Instagram ・ TikTok ・ Facebook ) |  |
| <input type="checkbox"/> 他の医療機関、医師からの紹介 (病院・医師名： )                          |  |