



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)

当院をお知りになった理由をお聞かせください。

- 先生の紹介で (先生)
- 知人に聞いて (さしつかえなければお名前をご記入ください)
ご近所 ()
職 場 ()
その他友人 ()
- 看板を見て
- ホームページを見て (検索サイトは何ですか? ヤフー、グーグル、その他())
- その他 ()