

・ ・ ☆ ☆ 初めて診察を受けられる方へ ☆ ☆ ・ ・

診療申込書

フリガナ		生年月日	M・T・S・H (西暦 年)
ご氏名			年 月 日生
ご住所	〒	電話番号	()
		携帯番号	()
ご職業		身長	cm
		体重	kg
		本日の体温(発熱時) 度 分	

どちらで、当院をお知りになりましたか？○を付けて下さい。

- ① 家族() ② 友人・知人() ③ 当院の前を通過して() ④ 鶉の木駅看板() ⑤ 沼部駅看板() ⑥ 電柱()
 ⑦ インターネットの() で検索 ⑧ ホームページ() ⑨ 刈刈ッ(下丸子)の看板() ⑩ その他()

1. 本日はどうなされましたか？

- ① 症状があって受診しました。その症状は、いつ頃から始まり、どのような症状ですか？
 ()
- ② 大田区民検診や健康診断のため、受診しました。
- ③ 予防接種で受診しました。(種類：)
- ④ その他()

2. 今まで、病院にかかったことはございますか？

- ① 特にありません。
- ② 下記の疾患にかかったことがあったり、現在治療中の方は○をつけてください。
 高血圧・脂質異常症(高脂血症)・糖尿病・脳血管障害(脳梗塞,脳出血)・心臓病(狭心症,心筋梗塞,不整脈)
 肝臓病(肝炎,脂肪肝)・胆石・腎臓病・甲状腺疾患・肺病(結核,肺炎,肺気腫)
 アレルギー疾患(喘息,リウマチ,膠原病,花粉症,アトピー性皮膚炎)・感染症(带状疱疹,蜂窩織炎)
 血液疾患(白血病,悪性リンパ腫,多発性骨髄腫,貧血,出血性疾患)
 悪性腫瘍()・眼疾患(白内障,緑内障)・耳疾患(難聴,耳鳴り,めまい)
 整形外科疾患()・婦人科疾患()・その他()

3. 治療中の方は薬の名前が分かればお書きください。お薬手帳を診察時見せて頂いても結構です。

()

4. 今まで、飲み薬や注射で具合が悪くなったことはございますか？

- ① ありません
- ② ありましたらお薬の名前を教えてください()

5. 今まで、食べ物で具合が悪くなったこと(アレルギー)はございますか？

- ① ありません。
- ② ありましたら食べ物の名前を教えてください()

6. アルコール

- ① 飲みません。
- ② (日本酒 ビール 焼酎 ウイスキー ワイン)を一日に()合、一週間に()日飲みます。

7. たばこ

- ① 吸いません。
- ② ()年前から禁煙しています。
- ③ 一日に()本吸います。()歳から吸っています。

8. 女性の方にお伺い致します。閉経していますか(はい いいえ)

- ① 現在妊娠の可能性はございますか？(はい いいえ)
- ② 前回の生理はいつ終わりましたか？(年 月 日)
- ③ 授乳中ですか？(はい いいえ)

ご記入下さいまして有難うございました。

あきもと佳内科クリニック