

初めて受診される患者様、お久しぶりに受診される患者様へ

ふりがな			性別	男・女	記入日	年	月	日
氏名	様		生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日生			年齢	歳
住所	〒 □□□-□□□□						体温	°C
電話番号	-		携帯電話	-				
	身長	cm		体重	kg			

1. 本日はいかががされましたか。できるだけ詳しくお書き下さい。

--

2. その症状はいつ頃からですか？

--

3. お薬、または食べ物でアレルギーはありますか？

ない
ある (薬品名、食品名)

4. 今までにかかったことのある病気を教えてください。

特になし	← 当てはまるものがない場合、こちらに○をつけてください。			
緑内障	前立腺肥大	高血圧	糖尿病	脂質異常症
狭心症	心筋梗塞	不整脈		
がん	()			
その他	()			

5. 現在服用しているお薬(市販薬、サプリメントを含む)はありますか？

ない
ある (薬品名)

6. ご希望される検査はありますか？

CT検査	MRI検査	血液検査	動脈硬化検査	物忘れテスト
頸部超音波検査	その他 ()			

7. 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠していますか？	はい	いいえ	わからない
現在、授乳中ですか？	はい	いいえ	
最終月経を教えてください	月	日	閉経 歳頃

8. 当医院に何かご要望がございましたらお書きください。

--

9. 当医院は何でお知りになりましたか教えてください。

道路看板	駅の看板(朝倉・寺本)	インターネット	近いから	電話帳など
お知り合いからのご紹介 () 様から		その他 ()		

当医院では、患者様に安心して医療を受けていただく為に安全な医療を提供するとともに患者様の個人情報の取り扱いにも万全の体制で取り組んでおります。