初めて診察を受ける方へ

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）
住所　〒　　－		
☎（　　）　　－		携帯電話　　－　　－

身長:　　cm　**体重:**　　kg　**体温:**　　℃

●紹介状 （なし・あり）　●健康診断結果・書類 （なし・あり）

●かかりつけ医がございますか （なし・あり）　医院・病院

→ありの方　かかりつけ医からお薬が処方されていますか （なし・あり）

1. いつから、どのような症状がありますか

2. 今までかかったり、指摘されたことがある病気に○をしてください。
（　）内に年齢も記載してください

高血圧（　　才）　糖尿病（　　才）　高脂血症（　　才）　緑内障（　　才）
狭心症（　　才）　不整脈（　　才）　心筋梗塞（　　才）　肺疾患（　　才）
脳出血（　　才）　脳梗塞（　　才）　肝臓病（　　才）　腎臓病（　　才）
前立腺肥大（　　才）　気管支喘息（　　才）　がん（部位　　才）
その他

3. 今まで手術をしたことがありますか　はい（部位　　才）　いいえ

4. 血縁関係（両親・祖父母・兄弟・子供・おじ・おば）の方で病気をお持ちの方はいらっしゃいますか

いいえ ・ はい ・糖尿病:（　　）・高血圧:（　　）・脳卒中:（　　）・心疾患:（　　）
・肝疾患:（　　）　・がん:（　　）・その他:

5. アレルギーはありますか

いいえ ・ はい （食品　　薬品　　その他　　）

6. タバコを吸いますか　または過去に吸っていたことがありますか

いいえ ・ はい　　才 ～　　才　　本/日

7. お酒を飲みますか　いいえ ・ はい　何を　　合・ml/日）

8. 便通は　毎日 ・ 2～3日おき ・ 4～5日おき ・ それ以上

9. （女性のみ）現在妊娠している可能性はありますか　（ いいえ ・ はい ）