



初診の方は、以下の質問にお答えください。

体温 \_\_\_\_\_ °C

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	M・T・S・H 年 月 日
住所	〒		
自宅電話番号		職業	
携帯電話番号		身長	cm
メールアドレス		体重	kg

1. 本日の受診の目的を教えてください。(☑を付けて下さい)

- 内科の診療    循環器内科の診療    生活習慣病の診療    アレルギーの診療  
健診目的    予防接種    禁煙外来    その他 ( )

2. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

( )

症状に✓をつけて記入下さい。

- 熱 ( )    のどの痛み ( )    吐き気 ( )  
 咳 ( )    鼻水 ( )    下痢 ( )  
 痰 ( )    関節痛 ( )    腹痛 ( )

3. 今までに大きな病気にかかったことや、病院に通院されていたことはありますか。

( はい ・ いいえ )

「はい」の方は、その病名や時期、治療内容をお書きください。

( )

4. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか。

( はい ・ いいえ )

「はい」の方→薬、食べ物の名前

( )

5. 嗜好品について教えてください。

- 飲酒 : 毎日 (種類 量 ) ・ 時々 ・ 飲まない  
 喫煙 : 吸う (1日 本 年間) ・ やめた ( 歳 ) ・ 吸わない

6. 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか ( はい ・ いいえ )    授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

7. その他、希望事項がありましたらお書きください。

- 検査希望 → 心臓関連の検査    呼吸機能関連の検査    血管年齢    骨年齢  
糖尿病関連の検査    甲状腺関連の検査    アレルギー検査  
セカンドオピニオン    自費診療 (脱毛症治療 ビタミン点滴)