



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			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☑をつけて下さい。

- 検査希望 → 呼吸機能 動脈硬化検査 骨年齢 アレルギー検査 血液検査
心電図等の不整脈検査 心機能検査 (エコー) 頸動脈エコー
セカンドオピニオン 自費診療 (脱毛症治療 ビタミン点滴)

ご記入後印刷し、受診した際に受付へご提出下さい。