

ふりがな

氏名： (男・女)

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住所：〒 -

電話番号：(自宅) (携帯)

緊急連絡先 (ご本人さまがつかない場合連絡させていただく場合があります)

続柄： (自宅) (携帯)

メールアドレス (差し支えなければご記入ください) @

◆本日受診することになった理由を教えてください。

紹介

健診結果で指摘を受けた (内容：)

症状がある ()

その他 ()

◆他の医療機関を受診されていますか？ いいえ・はい

病院名： 受診科：

◆現在、お薬を飲んでいますか？ いいえ・はい

お薬の名前がわかる方はご記入ください。(お薬手帳ご持参の方はご提出ください)

()

◆処方薬以外にサプリメントや健康食品、漢方など飲んでいるものがありましたらご記入ください。

()

◆今まで治療を必要とする病気はありますか？○を付けてください。(複数回答可)

・高血圧 ・心臓病 ・脳卒中 ・糖尿病 ・呼吸器疾患 ・肝臓病

・高脂血症 ・腎臓病 ・甲状腺疾患 ・膠原病 ・癌 (部位：)

・その他 ()

◆食べ物・お薬などでアレルギーがありますか？

いいえ・はい ()

◆今まで手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい (病名： 手術時期： 年 月 日)

◆今まで輸血したことがありますか？

いいえ・はい (理由： 時期： 年 月 日)

◆栄養指導を受けたことがありますか？ いいえ・はい (いつ：)

・食事で気を付けていることを教えてください。()

◆運動はしていますか？ いいえ・はい (内容：)

◆下記の症状についてお答えください。

- ・尿の泡立ち（有・無）
- ・寒がりになった（有・無）
- ・難聴（有・無）
- ・吐き気（有・無）
- ・味覚障害（有・無）
- ・むくみ（有・無） 部位：
- ・血尿（有・無）
- ・体のだるさ（有・無）
- ・めまい（有・無）
- ・息切れ（有・無）
- ・動悸（有・無）
- ・排尿 回/1日
- ・食欲（有・無）
- ・排便 回/ 日（快便・便秘・下痢）

◆喫煙歴について当てはまるものに○をつけてください。

- ・吸う（いつから： 本数： 本/日）
- ・やめた（いつから： ）
- ・吸わない

◆アルコールについて当てはまるものに○をつけてください。

- ・飲む（量： 頻度： 回/週）
- ・やめた（いつ： ）
- ・飲まない

◆睡眠について当てはまるものにチェックをつけてください。

- よく眠れている（時間： 時間程度）
- 眠れない（時間： 時間程度）
- 睡眠薬を使用している（薬剤名： ）

◆大切なことを決めるときはどなたに相談しますか？

氏名： （続柄： ）

◆病院からご連絡する際は病院名をお告げしてもよろしいですか？

はい・いいえ

◆現在受けている、または、申請中の社会保障・サービスはありますか？

- ・特になし
- ・身体障害者手帳（ 級）（部位： ）
- ・介護保険（要支援 ・要介護 ）
- ・その他（ ）

◆女性の方のみご記入ください。

- ・妊娠または妊娠の可能性はありますか？
- ・授乳はしていますか？
- はい ・ いいえ
- はい ・ いいえ
- ・最終月経（ 年 月 日）
- ・閉経した（ 年 月 日）

◆当院をどのようにお知りになりましたか？

- ・ホームページを見て
- ・他院からの紹介で（病院名： ）
- ・知人からの紹介で
- ・新聞や情報誌を見て
- ・その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

*お薬手帳や紹介状、健診結果などお持ちの方は受付にお出しくださいますようお願い申し上げます。