

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 (男・女) 年齢 歳 職業

生年月日 (昭・平・令) 年 月 日生 (満 歳)

住所 〒

市 町

電話番号 自宅 携帯

ご家族の緊急連絡先 (ご本人様がつながらない場合連絡させていただく場合があります)
氏名 (続柄) 電話番号

◆本日受診することになった理由を教えてください

- 他院からの紹介 (病院名:)
- 健診で指摘を受けた (内容:)
- 症状がある (いつ頃から: 症状:)
- その他 ()

◆通院中の医療機関はありますか

- いいえ
- はい (病院名: 受診科:)

◆現在、お薬を飲んでいますか (サプリメント・健康食品もご記入ください)

- いいえ
- はい (お薬手帳を持参の方は記入不要です)
- ()
- サプリメント・健康食品 ()

◆お薬・食物などでアレルギーがありますか

- いいえ
- はい (内容:)

◆過去にかかった病気、または現在通院治療中の病気はありますか

いいえ

腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症（高脂血症）

心臓病 肝臓病 呼吸器疾患 脳卒中 痛風

癌（部位： _____ ）

甲状腺疾患 自己免疫疾患 眼疾患 泌尿器疾患

その他（ _____ ）

◆今まで手術を受けたことがありますか

いいえ

はい（病名： _____ 時期： _____ 年 月 日）

（病名： _____ 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）

◆血縁の方に下記の病気にかかったり、治療を受けた方がいますか

腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症（高脂血症）

心臓病 肝臓病 呼吸器疾患 脳卒中 痛風

甲状腺疾患 自己免疫疾患 癌

その他（ _____ ）

◆下記の自覚症状はありますか

尿の泡立ち 血尿 むくみ 体のだるさ 動悸・息切れ

めまい・ふらつき 血圧が高い 食欲不振 吐き気

味覚障害 寒がりになった 呼吸困難感 関節痛 難聴

◆排尿 1日に _____ 回

◆便秘 1日に _____ 回（快便・便秘・下痢）

◆喫煙について

吸わない やめた（いつから： _____ ）

吸う（1日 _____ 本× _____ 年間）

◆飲酒について

飲まない 付き合い程度

飲む (週に 回)

1日あたり (種類: 量: ml)

◆睡眠について

よく眠れている (睡眠時間: 時間程度)

眠れない (睡眠時間: 時間程度)

睡眠薬を服用している (薬剤名:)

◆女性の方へ 現在、妊娠していますか

いいえ (順調・不順) 閉経後

はい (か月) 授乳中 可能性がある

◆家族について (上から年齢順にチェック、同居家族は○で囲んでください)

配偶者

両親

兄弟

子供

父

男 女

男 女

母

男 女

男 女

男 女

男 女

男 女

男 女

◆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

なし 身体障害者手帳 (級) (部位:)

介護保険 (要支援 ・ 要介護)

デイサービス・デイケア (週 日)

その他 ()

◆栄養指導を受けたことがありますか

いいえ はい (時期: 場所:)

◆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:)

◆大切なことを決める時はどなたに相談しますか

氏名： (続柄)

◆こちらから連絡する場合、病院名を告げてもよろしいですか

はい いいえ

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか

医療機関からの紹介 ホームページ

友人・知人からの紹介 近所

その他 ()

◆その他、心配事やご要望があればご記入ください

()

お伺いした情報を診療以外の目的で使用することはありません
ご協力ありがとうございました