

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
お名前	男・女		
現住所	〒 _____ - _____	緊急時の連絡先（ご本人様以外）	
		（ ） - （ ） （続柄： ）	
ご連絡先	・自宅：（ ） - （ ） ・携帯：（ ） - （ ） ※連絡の際に「いでわき医院」と名乗っていいですか？（ はい・いいえ ）		

※当院をどのようにお知りになりましたか？

他院などからの紹介：施設名（ ） 看板 ホームページ 知人から聞いて

※本日同伴の方はいらっしゃいますか？ いる（続柄： ） いない

※以下の質問は、差し支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のまま構いません。

体温 度 身長 cm(推定で構いません) 体重 kg

1. 今日はどうなさいましたか？(具体的にお聞かせ下さい。)

.....

.....

.....

.....

※それはいつ頃からですか？： _____ 年 _____ 月頃から（または _____ 歳頃から）

2. いままで治療された主なご病気、手術歴などについて

なし あり（病名： _____、_____、_____）

糖尿病（ なし あり） 心臓疾患（ なし あり・病名 _____）

高血圧（ なし あり） 緑内障（ なし あり） 肝臓疾患（ なし あり・病名 _____）

腎臓疾患（ なし あり・病名 _____）

※現在治療中のご病気はありますか？ なし あり（病名： _____）

※現在内服中のお薬はありますか？

なし あり（薬剤名： _____）

↓ (裏面につづきます)

3. ご家族や血縁の方に病気の方はいらっしゃいますか？

なし あり（ご関係： _____ 病名： _____）

4. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり（症状 _____）

5. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む（1日あたり_を____本くらい）

喫煙 吸わない 吸う（1日あたり____本くらい）

6. 女性の方におうかがいします。

現在妊娠されていますか はい いいえ

現在授乳されていますか はい いいえ

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。