

お名前: _____ 年齢: 満 _____ 歳 男 女 職業: _____ 受診日 年 月 日

1) 何科を受診されますか？

一般内科 呼吸器科 循環器科 胃腸科 アレルギー科 皮膚科

2) どうされましたか？（発熱、せき、たん、頭痛、耳鳴り、肩こり、めまい、吐き気、しびれ、言葉のもつれ、下痢、腹痛、胸痛、呼吸困難、動悸、息切れ、不整脈、全身倦怠感、むくみ、ぜんそく、花粉症、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、湿疹、蕁麻疹、水虫など・・・症状を具体的に教えて下さい。）

3) いつから具合が悪いのですか？

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 曜日より

4) 既往歴：大病、けが、輸血の経験はありませんか？（ ない・ ある）

その時の病気を教えて下さい。例：虫垂炎（9歳）などとお書き下さい。

5) 持病はありませんか？（ ない・ ある）

例：心臓病、脳卒中、高血圧症、糖尿病、貧血、肝臓病、高脂血症、痛風、腎臓病、眼底出血、緑内障、結核、がん、婦人科疾患、花粉症、アトピー、胃潰瘍・・・・・・・・

6) 現在服用しているくすりはありますか？（ ない・ ある）

7) くすりを使用した時にアレルギーなど副作用がでたことはありませんか？（ ない・ ある）

8) 御家族に病気の方はいませんか？

例えば糖尿病、高血圧、脳卒中、がん、結核など

父 (_____ 歳) : 健在、 死亡、病気の 有 無

母 (_____ 歳) : 健在、 死亡、病気の 有 無

兄弟は何人ですか： _____ 人、 健在、 死亡、病気の 有 無

子供さんは何人ですか： _____ 人、 健在、 死亡、病気の 有 無

10) アルコールを飲みますか？

いいえ・ 飲めない・ ときどき飲む・ 毎日飲む……酒類は？ ビール・ ウイスキー・ 焼酎・ 日本酒

11) たばこを吸いますか？

いいえ・ 一日数本・ 1日10本・ 1日20本・ それ以上

12) 女性のみお答えください【とても重要】

妊娠の可能性はありませんか？（ ない・ ある・ わからない）

前回の月経はいつからでした？（ _____ 月 _____ 日より _____ 月 _____ 日迄）

初潮： _____ 歳、閉経： _____ 歳、妊娠： _____ 回、分娩： _____ 歳

13) 当院を受診されたきっかけをおしえてください

近所だから・ 知人紹介・ 家族の紹介・ 他医師の紹介・ 医院前看板・ 電柱広告・ 新聞チラシ
 下永谷駅構内看板・ 下永谷駅前看板・ タウンページ・ ダイレクトメール・ 昭和大学・ 地下鉄車内放送
 ホームページ・ その他 (_____) 医療法人社団 寛仁会 下永谷内科・皮膚科