初めて受診される患者さんへ

診察時がスムーズに進むよう、必要な情報をお聞きします。かける範囲でお書きください。

記入者：本人・父・母・その他（　　）　　平成　　年　　月　　日

フリガナ		男	明　大	年　月　日生　才
氏名		女	昭　平	
現住所	〒			
電話番号	自宅	（　　）	緊急連絡先	（　　）
	携帯	（　　）		氏名：　　続柄：

①本日は付き添いの方はいらっしゃいますか？
　いない　・　いる　（氏名：　　続柄：　　）

②お困りのことは何ですか？（受診された理由）
（　　）

③いつ頃からそのような状態になりましたか？
（　　）

④今までかかった病気はありますか、〇で囲んでください
高血圧　糖尿病　心臓病　胃・十二指腸潰瘍　肝臓病　脳卒中
精神科の病気　喘息　緑内障　その他（　　）
入院歴（　　）　手術歴（　　）

⑤どこの病院にかかったことがありますか？また、現在受診中の病院を教えてください
（　　）

⑥いま飲んでいるお薬はありますか？
（　　）

⑦食べ物やお薬などでアレルギーが出たことはありますか？
（　　）

⑧嗜好品について
アルコール１日（　　）・タバコ（　　本／日）

⑨出生地　　県　　市

⑩最終学歴　（小・中・高・短大・大・専門学校）を（卒業・中退）

⑪職歴　現在（　　）
　　これまで（　　）

⑫結婚歴　未婚・既婚・その他（　　）

⑬家族構成について教えてください。また、同居している家族はどなたですか？
（　　）

⑭利用している制度やサービスはありますか？
（　　）

⑮その他、何かございましたらご記入ください
（　　）

⑯当クリニックをどこで知りましたか、〇で囲んでください
当クリニックのホームページ　インターネット　当クリニックの看板　新聞・雑誌
電話帳　電柱広告　他の医療機関からの紹介　家族・知人からの紹介
その他（　　）