

ID _____

はじめての方に

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察前にご面倒ですが、次のご質問にお答えください。

フリガナ		男 女	大・昭・平	年	月	日生	現在の体温 ℃
お名前			(年齢 歳)				
ご住所	〒 _____ (自宅 _____) (緊急連絡先 _____)						
職業		身長	cm	体重	kg		

◆本日の来院目的を記入してください。

いつから _____

どうされましたか? _____

◆今までに、かかったことある病気は?それはいつ頃ですか? いいえ

高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 胃潰瘍 その他(_____)

昭和・平成 _____ 年 _____ 月頃から

◆現在、服用中のお薬はありますか? ※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

いいえ はい(薬剤名: _____)

◆現在、他の病院にかかっていますか?(病院名: _____)

◆手術を受けたことがありますか?それはいつ頃ですか?

病名: _____

昭和・平成 _____ 年 _____ 月頃

◆家族で重い病気にかかったり、亡くなられた方はありますか?(両親・祖父母・兄弟・親族・子)

いいえ はい(病名: _____)

(どなたが? _____)

◆たばこを吸いますか?

吸わない 以前吸っていた(_____ 本/日× _____ 年間)

吸っている(_____ 本/日× _____ 年間)

◆アルコールを飲みますか?

飲まない

飲む(時々, 週に _____ 日、日本酒 _____ 合、ビール _____ 本)

◆薬や食べ物に対するアレルギーはありますか?

いいえ ある(_____)

◆食欲 非常によい 良い 食欲なし

◆便秘 1日1回 1日2-3回 2-3日に1回 便秘 下痢

◆排尿 普通 回数が多い 夜間3回以上 少ない 感じやすい

出しにくい 感じにくい

◆睡眠 よく眠れる 眠れない 睡眠剤を使用 怖い夢をみる 寝言が多い

◆当院でのMRI検査を希望しますか? する しない

◆当院でのリハビリを希望しますか? する しない

◆女性の方へ、妊娠している可能性はありますか?

いいえ (最終月経: _____ 月 _____ 日) はい (_____ ケ月)

ご協力ありがとうございました。