

年 月 日

# 初診時間診表

|      |                    |          |       |
|------|--------------------|----------|-------|
| ふりがな | 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 |          |       |
| 氏名   | 様 男・女              | 電話番号 ( ) | -     |
| 住所   | 〒                  | 携帯番号 ( ) | -     |
|      |                    |          | 身長 cm |

1. 本日はどうされましたか。いつから、どんな症状がありますか。  
(例) 昨日から、熱37.6℃ 吐き気と腹痛

2. 今までに、大きい病気をされたことがありますか。あれば古いものから順に、お書きください。  
(例) 15才 肺炎

3. 現在、定期的にかかっておられる医療機関はありますか。

※その医療機関で、薬をもらわれていますか。あれば、薬の名前をお書きください。

4. 今までに薬や食べ物で発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。

薬物 : ない・ある (薬剤名 症状 )  
食物 : ない・ある (食品名 症状 )

5. 日常生活について、当てはまるところに○印を、( )内は数字をお書きください。

・アルコール : 飲まない・飲む → 1) 週に( )日くらい  
2) 1日の量 { ビール( ) 焼酎( )ml  
日本酒( ) その他( )  
ウイスキー( )ml  
・タバコ : 吸わない・吸う → 1) 1日に( )本くらい  
2) 吸い始め( )歳ごろから  
3) 禁煙について当てはまるものに1つ○を付けて下さい。  
{ ・禁煙については考えていない。  
・禁煙したいと思っている。  
・すぐにでも禁煙したいと思っている。

6. 手術を受けたことがありますか？

① ない ② ある → どのような手術ですか？

7. 輸血を受けたことがありますか？

① ない ② ある

8. ※女性の方のみお答えください

現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ ① ない ② ある

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

ながた内科クリニック