

年 月 日

初診時間診表

自費カルテ

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 ()	—
		体重	kg

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。また、手術をうけ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)40歳 肺ガン・28年手術

次の病気にあてはまるものに○を付けてください。 白内障 緑内障

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
 ・たばこ : 吸わない ・ 吸う → 1) 1日に()本くらい
 2) 吸い始め()歳ごろから

6.輸血を受けたことがありますか？

ない ある

7.感染症にかかったことがありますか？

ない ある → B型肝炎 C型肝炎 その他()

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がありますか？ いいえ はい

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

9.当院を受診された、きっかけについて教えてください。(複数回答可)

ホームページを見て 野立看板(道路脇にある看板)を見て ご家族、友人から勧められて
 家から近いから 名東区役所内の看板をみて 駅のチラシをみて 回覧板の広告をみて
 その他()

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。