

# 初めて来院された方へ

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平
お名前			年 月 日生 ( 才)
ご住所	〒	電話	( )
勤務先			

1. 今日、どのように具合が悪くて来院されましたか？

- ① 熱 ( 度)、せき、たん、鼻水、鼻づまり、のどの痛み、  
下痢、便秘、吐き気、胸やけ、お腹が痛い、胃痛、食欲がない、  
口がかわく、頭が痛い、頭が重い、体がだるい、寒気、しっしん、  
息切れ、息苦しい、ドキドキする、胸が痛い、胸が苦しい  
その他 ( )

② いつ頃からですか？ ( )

2. 今まで入院をしたり、手術や輸血を受けたことはありますか？

はい ・ いいえ / (輸血) ある ・ ない

3. 現在、他の病気で通院していますか？

はい ・ いいえ

4. 現在飲んでいる薬はありますか？

はい ・ いいえ

5. 薬や食べ物で具合が悪くなった事がありますか？

はい ・ いいえ

6. 女性の方にうかがいます

妊娠していますか？ : いいえ ・ はい ( 月) ・ 可能性あり

授乳中ですか？ : いいえ ・ はい

最終月経はいつですか？ : ( 月 日から)

7. 嗜好品についてうかがいます。

タバコ : 吸わない ・ 吸う

お酒 : 飲まない ・ 飲む

8. 希望される検査・処置はありますか？

① 採血、採尿 ② レントゲン ③ 心電図 ④ 胃内視鏡

⑤ 腹部エコー ⑥ 呼吸機能検査 ⑦ 点滴、注射 ⑧ 吸入

\* よろしければ、アンケートにお答えください

今回どのように当院をお知りになりましたか？

看板 ・ バス放送 ・ ホームドクター ・ 知人の紹介、

その他 ( )

にしはら内科クリニック