

初診の方へ（内科）

来院日()年()月()日
フリガナ
名前 ()
生年月日 T. S. H. ()年()月()日
年齢 ()歳
性別 男 ・ 女
住所 〒
()
電話番号 (自宅)
(携帯)

1. 今日はどうなさいましたか？

2. その症状はいつごろから始まっていますか？

3. 身長、体重、最高体重をお書き下さい。

身長 cm

体重 kg

最高体重 kg

4. ご職業は何ですか？

5. 今までに大きな病気をなされたことがありますか？

(お薬によるアレルギーも含めて、もし合わないものがありましたらお書き下さい。)

6. 輸血歴はありますか？

あり なし

7. 常用薬品、常用しているサプリメントはありますか？

(ある場合はお書き下さい。)

8. お酒は飲みますか？

(お飲みになる場合は、種類、量をお書き下さい)

なし

あり ()杯/日・月

10. 喫煙しますか？

なし

あり()本/日

9. 睡眠はよくとれますか？

はい

いいえ → 眠りにつきにくい

途中で何度も起きてしまう

早朝に目覚める

11. 妊娠あるいはその可能性がありますか？

いいえ

はい ()週目

・授乳していますか？

いいえ

はい (→出産日 年 月 日)

12. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

a) インターネット

b) どちらかからの紹介(紹介者)

c) 職場が近所、家が近い