

# はじめてのかたに

平成 年 月 日

ふりがな									
氏名		男女	生年月日	明治 大正 昭和 平成		年	月	日	( 歳)
住所	〒								
電話								職業	

体温 \_\_\_\_\_ °C

1.いつから症状がありますか。

・今日から ・【 】日前から ・【 】週間前から ・【 】ヶ月前から

2.どんな症状ですか。

【 】

3.現在、他の病院にかかっていますか。

・かかっていない  
・かかっている 【病名： 】 【病院名： 】

4.現在、服用中の薬（サプリメント・常用薬も含む）がありますか。

・ない  
・ある 【 】 【 】 【 】 【 】 【 】

5.今までに次のような病気をしたり、入院・手術をした事がありますか。

・ない  
・ある 糖尿病 腎臓病 脳卒中 心臓病 その他【 】

6.今まで薬や注射でアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったり）が出た事がありますか。

・ない  
・ある 【薬剤名または成分名： 】

7.タバコは吸いますか。アルコールは飲みますか。

タバコ ; ・吸わない ・吸う 【1日に 本・ 歳から】  
アルコール ; ・飲まない ・飲む 【1日に を 杯くらい】

8.薬で飲めない型（錠剤・粉薬・カプセルなど）の薬はありますか。

・特にない  
・ある 【 】

9.女性の方へ：現在妊娠している、又はその可能性がありますか。

・していない  
・している 又は ・可能性がある

10.ここ1ヶ月以内に海外に行きましたか。

・行っていない  
・行っていた 【国名： 】

11.その他、診療において希望事項

【 】

最後に当院をお知りになったきっかけを教えてください。

・通りがかり ・看板を見て ・インターネットを見て ・家族がかかっている  
・他院からの紹介 ・知人からの評判 ・その他【 】

※当院では患者様のご承諾がない限り、記載された個人情報第三者に開示致しません。

三浦内科クリニック 院長 三浦 悟