



No. _____

フリガナ	男	生年月日	西暦・明・大・昭・平・令	年齢	職業(学生は学校名と学年)
氏名	女	年	月	日	歳
〒 -					Tel.自宅 携帯 保護者連絡先
住所					身長 cm 体重 kg

1. 家族構成を教えてください

☐独居 ☐同居 配偶者 ・ 子 ・ 親 ・ その他()

2. どこがどのように問題があって来院されましたか?(複数回答可)

3. いつ頃から症状が出ましたか? 月 日 もしくは 日・週間・ヶ月・年 前から

4. 今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか?

☐いいえ ☐はい 医療機関名

5. 現在あるいは過去に以下の病気を指摘されたことはありますか?(複数回答可)

☐高血圧 ☐緑内障 ☐心疾患 ☐糖尿病 ☐腎臓病 ☐喘息 ☐リウマチ ☐結核 ☐肝炎(B型・C型)

その他 手術歴 ☐ペースメーカー

6. 現在治療を受けているかたは病院名をお答えください

7. 現在お薬をのんでいますか?(マイナンバーカードもしくはお薬手帳を受付にお渡しください)

8. 食べ物や薬で気分が悪くなったり発疹がでたことはありますか?

☐いいえ ☐はい 解熱剤・抗菌薬・その他

9. 現在妊娠していますか? ☐いいえ ☐はい ☐妊娠の可能性がある

10. 喫煙・飲酒はしていますか? ☐していない ☐飲酒のみ ☐喫煙のみ ☐両方とも

11. なにか運動・スポーツはしていますか? ☐いいえ ☐はい 具体的には?

12. 介護認定を受けていますか? ☐いいえ ☐はい

13. 必要であれば1.5テスラMRI検査を希望されますか? ☐希望する ☐希望しない

14. 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

☐看板 ☐ネット検索 ☐知人からの紹介 ☐家族の紹介 ☐他院からの紹介 ☐再新患 ☐その他

15. マイナンバーカードをお持ちですか? ☐はい ☐今日は持ってきていない ☐いいえ