

初診の患者様 ご記入用紙

※ 当てはまる □部分 にレ印をつけてください。

来院日： 令和 年 月 日

ふりがな			性別
(受けられる方の) ご氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(受けられる方の) 生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 (歳)		
現住所	〒 _____		
TEL	- -		
携帯/緊急連絡先	- -		
メールアドレス	_____@_____		
■身長	cm	■体重	kg
■妊娠している可能性(女性のみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		■授乳婦 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
■血液型	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> O型		
■血圧	/ mmHg	■脈拍数	回/分 ■体温 °C
■飲酒	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> 毎日 ビール _____ ml <input type="checkbox"/> 週4~6回 日本酒 _____ ml <input type="checkbox"/> 週2~3回 洋酒 _____ ml <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 飲まない		
■タバコ	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> 20本以上/1日 喫煙歴 _____ 年 <input type="checkbox"/> 20本/1日 <input type="checkbox"/> 10本/1日 <input type="checkbox"/> 5本/1日 <input type="checkbox"/> 吸わない		
■アレルギーがございましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名: <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 原因 <input type="checkbox"/> 杉ヒノキ <input type="checkbox"/> ブタクサ <input type="checkbox"/> すずき <input type="checkbox"/> 家ダニ <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー 原因 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 薬アレルギー <input type="checkbox"/> 抗生剤 その他())		
■副腎皮質ホルモン製剤(内服・外用薬)の長期間使用の有無	<input type="checkbox"/> 過去にあった <input type="checkbox"/> 現在ある		

本日の診療希望:

今後の診察希望、相談など ございましたらご記入下さい。

■飲んでいて調子が悪くなった薬はありますか？

くすり名	理由

■現在、飲んでいる薬をご記入下さい。

くすり名	メーカー

■既往歴 (ご本人様のこれまでのこと)

高血圧 心臓病 病名())
 糖尿病 高脂血症
 腎臓疾患 肝臓疾患 病名())
 泌尿器疾患 << 前立腺肥大 その他() >>
 眼の病気 << 緑内障 その他() >>
 胃腸疾患 病名())
 精神疾患 病名())
 ケイレン << 薬服用あり 薬服用なし >>
 皮膚病 病名())
 血液疾患 脳神経 病名())

■家族歴 (血のつながった方のご病気)

	父	母	祖父	祖母	子
ガン					
結核					
高脂血症					
脳卒中					
喘息					
糖尿病					
高血圧					
心筋梗塞					

★当クリニックを何でお知りになりましたか？ インターネット 電話帳 (NTT、テレパル、その他) 家族、知人 通りがかり その他 ()