

フリガナ  
お名前： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご住所：（〒 \_\_\_\_\_ ）

\_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

勤務先名： \_\_\_\_\_ 勤務先電話番号： \_\_\_\_\_

《緊急連絡先》 ※上記の電話番号以外の連絡先をご記入ください

フリガナ  
お名前： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

◎当院を知ったきっかけを教えてください（○をつけてください）

他院からの紹介      ホームページ      広告（チラシ／電柱）      ご自宅から近い  
ご紹介（ \_\_\_\_\_ さま）      その他（ \_\_\_\_\_ ）

■本日はどうなさいましたか？（○をつけてください） [体温 \_\_\_\_\_ ℃]

発熱    のどの痛み    咳    痰    鼻水    喘息    関節の痛み    体がだるい  
頭痛    めまい    吐き気    嘔吐    腹痛    下痢    便秘    発疹    湿疹  
禁煙外来    睡眠時無呼吸症状    健康診断    紹介状あり  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

■いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ から

■そのことで他の医療機関にかかりましたか？

いいえ ・ はい →そこではどのような説明を受けましたか？  
（ \_\_\_\_\_ ）

■現在飲んでいるお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方は、ご提出ください

なし ・ あり →どのようなお薬ですか？ わかる範囲で種類、量をご記入ください  
（ \_\_\_\_\_ ）

■今までに大きな病気、ケガ、手術などの経験はありますか？

なし ・ あり →時期と内容を教えてください  
いつ頃（約 \_\_\_\_\_ ヶ月前／約 \_\_\_\_\_ 年前）  
内容（ \_\_\_\_\_ ）

■どのようなお仕事をされていますか？

（ \_\_\_\_\_ ）

⇒ 裏面もあります

■お酒を飲みますか？

毎日 週（ ）回 付き合い程度 飲まない

■たばこを吸いますか？

吸う（ 本/日） 止めた（ 年前） 吸わない

■あなたの身長・体重は？ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

■定期的に運動をしていますか？

いいえ ・ はい →週（ ）日 1回（ ）分程度

■過去1ヶ月間に、何かをするのにやる気が起きない、楽しむことが出来ないなど感じたことはありましたか？ はい ・ いいえ

■女性の方にお聞きします

→最後の月経はいつ始まりましたか？（ 月 日から）

→現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい（出産予定日 年 月 日）

→現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

■今までに受けた検診について、お聞かせください

検査内容	最終実施日	異常の有無
血液検査	年 月	あり・なし
尿検査	年 月	あり・なし
胸部X線	年 月	あり・なし
心電図	年 月	あり・なし
便潜血反応	年 月	あり・なし
胃カメラ/バリウム検査	年 月	あり・なし
大腸カメラ/注腸検査	年 月	あり・なし
子宮がん検診	年 月	あり・なし
乳がん検診	年 月	あり・なし
前立腺がん検診	年 月	あり・なし
その他（ ）	年 月	あり・なし

■身内の方に、何か病気にかかっている方はいらっしゃいますか？

続柄（ ）病名（ ）

■何でも相談出来る“かかりつけ”の医師はいますか？

いいえ ・ はい（ ）

■その他ご質問・ご意見等がありましたら、ご記入ください

.....

.....

ご協力ありがとうございました