

# はじめて受診される患者さんへ

記入または○印をつけてください。

住所 〒				
フリガナ		年令	才	男・女
氏名				
職業	主婦・学生	スポーツ	TEL	

1) どこがわるいのですか？

図に○印をつけてください。

2) いつからですか？

平成 年 月 日

(だいたい 年 カ月 日前より)

3) どんなふうになるのですか？

4) このことで、医者にかかりましたか？

(はい、いいえ)

どこのお医者さんですか？

( )

何という病名といわれましたか？

( )

薬をもらいましたか (はい、いいえ)

5) 手術をしたことがありますか？

(はい、いいえ)

手術名 ( )

いつごろ ( )

6) 歯医者で麻酔を受けたことがありますか？ (はい、いいえ)

7) 食べ物により、じんましんがでたことはありますか？ (はい、いいえ)

8) つかってはいけなくすりはありませんか？ (はい、いいえ)

9) 現在妊娠していますか？ (はい、いいえ) ……女性の方のみ

10) これらの病気にかかっていますか？○をつけてください。

高血圧、糖尿病、胃・十二指腸かいよう、心臓病、甲状腺の病気

腎臓病、肝臓病、ぜんそく、アレルギー性疾患、その他 ( )

