初めて受診される方は下記の質問事項にお答えください。体温（　　）℃

フリガナ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　年齢＿＿歳＿＿カ月・身長＿＿cm・体重＿＿kg

住所　〒＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　大正・昭和・平成 ＿＿年＿＿月 ＿＿日

電話番号　（　↓　日中に御連絡のつく番号をご記入ください　↓　）

携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①．当院をどこで、お知りになりましたか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②．本日来院されたのは、いつから、どこが、どのように具合が悪いからですか？

③．あなたは子供の頃から現在まで大きな病気やけが、手術などの経験はありますか？

【　　】才→【　　】　【　　】才→【　　】

【　　】才→【　　】　【　　】才→【　　】

④．普段かかりつけの先生がいらっしゃいますか？　〈　はい　・　いいえ　〉

【　　】医院・クリニック・病院　【　　】先生

⑤．いまのんでいる薬、はありますか？　〈　はい　→（　　）　・　いいえ　〉

「お薬手帳」をお持ちの方は受付にお渡しください。

⑥．あなたと血のつながった方で、次の病気の方、あるいは亡くなられた方がいらっしゃいますか？　（例：高血圧（父））

糖尿病（　）　高血圧（　）　脳卒中（　）　心臓病（　）　ぜんそく（　）

結核（　）　肝臓病（　）　腎臓病（　）　癌（　部位　）　その他（　　）

⑦．今までにアレルギーをおこしたことはありますか？

ない・ある　　症状（　　）食品名または薬品名（　　）

⑧．日常生活について→　①飲酒：　なし・あり（時々・毎日）、②タバコ：（吸わない・吸う）