

初めて診療を受けられる患者さまに

ふりがな	
お名前	さま
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
年齢・性別	満()歳 男性・女性
ご自宅の住所	〒□□□-□□□□
お電話	() ー
携帯電話	() ー ()
携帯電話 (ご家族)	() ー () 続柄

●今回来院のきっかけとなりましたのは、どのような症状でしょうか？

(※例 腰の痛み)

●それはいつ頃からでしょうか？

()

●今までに指摘された病気についてお聞かせください。

- ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ
その他 ()

●過去に大きな手術を受けたことがありますか？

- ① 歳ごろ の手術
② 歳ごろ の手術

●現在、治療を受けている医療機関がありますか？

- ない
ある お薬の内容がわかるお薬手帳か薬剤情報があればご提示ください。

●過去に、お薬や注射あるいは食べ物などでアレルギー(ショック・じんましん・気分不良等)を起こしたことはございますか？

- ない
ある (アレルギーの原因と思われるもの _____)

●15歳以上の女性の方に妊娠の有無をお伺いいたします。

- 妊娠について ない 妊娠している 妊娠している可能性がある 閉経

●薬剤についてお伺いします。

- いわゆる先発品のほうが安心できる
値段が安いのであれば、ジェネリックを選びたい
あまりこだわりはない

●当院に来院されたきっかけをお教え下さい。

例 ご近所の紹介でなど

()

ご協力ありがとうございました 整形外科やまだクリニック