

はじめて来院された方へ

〔下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。〕

令和 年 月 日

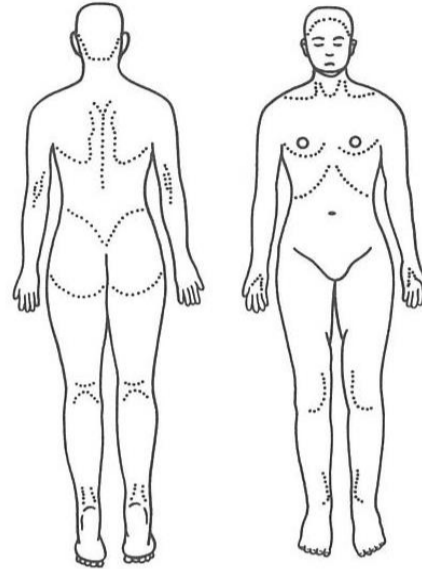
ふりがな		男	大・昭・平・令 年 月 日生		
お名前		女	被保険者(世帯主)との続柄		
ご住所	〒		電話	()	

(1) ①.どうなさいましたか?どこが?

(身体の悪い部分に○をつけてください)

②.どんなふうに、悪いのですか?

痛い しびれる おもい こる
 つっぱる はれている 動きが悪い
 冷える 骨折と言われた
 その他 _____



③.いつからですか?

(日から) (日位前から)

④.それについて治療を受けたことがありますか?

ない、 ある

⑤.それについて手術を受けたことがありますか?

ない、 ある

(2) .今までにどんな病気をしましたか? ない ある

ある場合 →心臓病、 肝臓病、 腎臓疾患、 肺疾患、 脳疾患、
 糖尿病、 高血圧症、 低血圧症、 リウマチ、 喘息
 その他 _____

(3) .現在、他の病気で通院していますか? していない している

(4) .現在飲んでいる薬がありますか? ない ある

(5) .①.薬や食べ物で発疹が出たことがありますか? ない ある
 ある場合 →それはどんな薬ですか ()

②.貼り薬や、塗り薬で、かぶれたことがありますか? ない ある

(6) .抗生物質を使用したことがありますか? ない ある

(7) .少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか? ない ある

(8) .血液型は (A型、 B型、 O型、 AB型、 Rh(+・-))

(9) .今までに局所麻酔をしたことがありますか? (抜歯など) ない ある

(10) .女性の方に 現在妊娠中ですか? いいえ はい(ヶ月)

(11) .当院をなにでお知りになりましたか?

1) 家族 2) 知人・友人 3) 電話帳 4) ホームページ 5) その他