

# 初 診 時 間 診 票

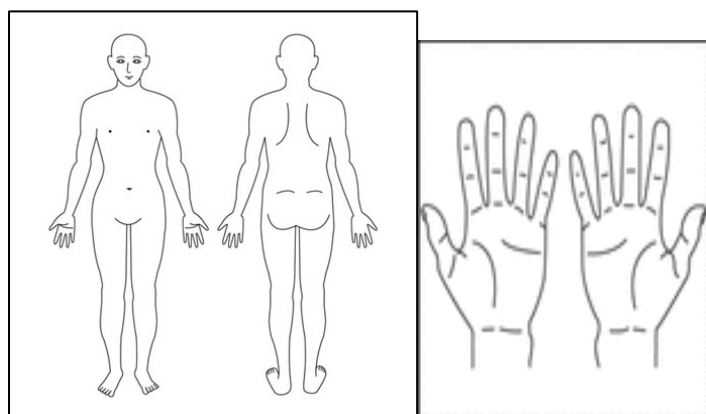
記載日：平成 年 月 日

(事務処理) カルテ番号

ふりがな		自宅電話	
お名前	(男・女)	携帯電話	
生年月日	(大 昭 平) 年 月 日	緊急時連絡先 (複数回答可)	・自宅      ・携帯 ・その他(      )
住 所	〒		
身 長	cm	体 重	kg

※ 緊急時連絡先は 検査結果に問題があり早急な連絡が必要があった場合に使用させていただきます。

○ 本日の来院手段は (徒歩・自家用車・タクシー・バス・電車・自転車・      ) です。



○今日はどうなさいましたか？

(痛みやしびれ、発疹などあれば左図に記入)

○いつからですか？

年 月 日      時ころから

○今回のことでどちらかにかかりましたか？ (はい・いいえ) 病医院名 (      ) (      ) 科  
そのときの診断など (      )

◎ 現在治療中の病気、飲んでいる薬があれば教えてください。(      )  
(書ききれない場合は薬手帳などわかるものをお用意ください。)

○ 過去に手術や輸血を受けたことがあれば病名を教えてください。(    才      輸血アリ・ナシ)  
(    才      輸血アリ・ナシ)      (    才      輸血アリ・ナシ)

○ 過去から今までで以下の病気をしたことがありますか？ ○で囲んでください。下記以外は下線部に記載。  
膠原病 ( オ ) ・糖尿病 ( オ ) ・高血圧 ( オ ) ・甲状腺 ( オ ) ・緑内障 ( オ ) ・前立腺肥大 ( オ ) ・肺結核  
( オ ) ・肺炎 ( オ ) 喘息 ( オ ) 心臓病 ( オ ) ・脳卒中 ( オ ) ・腎臓病 ( オ ) ・肝炎 ( オ ) 婦人科 ( オ )  
それ以外の病気、事故、説明など \_\_\_\_\_

◎ 食事や薬のアレルギー、副作用を起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)  
原因物質 (      ) 状況 (      )

○ タバコは吸いますか？ (吸ったことがない・ \_\_\_\_才まで吸っていたがやめた・吸う： 一日 \_\_\_\_本 \_\_\_\_年)

○ アルコールは飲みますか？ (はい・いいえ) \_\_\_\_\_を一日に \_\_\_\_\_程度 週に \_\_\_\_日

◎ 女性の方のみに質問です

一番最近の生理はいつからですか？

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_日まで (順調・不調・閉経している)

現在、妊娠している可能性はありますか？ (はい ※妊娠 \_\_\_\_ヵ月・いいえ)

現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

○ 差し障りがなければ結構ですが、ご職業／業種などを教えてください。(      )

○ 当院は何でお知りになりましたか？ (看板・知り合い・家族・ホームページ・他院から紹介・その他 \_\_\_\_\_)

ありがとうございました。

医療法人社団純衛会越川内科医院 院長