

ID :

内科

受診日： 年 月 日

●下記の質問事項等にお答えください

ふりがな 年齢 歳 男 女
氏名

生年月日 (○昭 ○平 ○令) 年 月 日 体重 kg

住所

電話番号 (自宅)
(携帯)

1、今回来院されたのは、いつから、どのように具合が悪いからですか？

いつから
症状

ご家族で同じような症状の方はおられますか？

いる →
 いない

今回の症状で他の医療機関を受診されたことはありますか？

ない
 ある →

2、現在治療中の病気はありますか？

ない
 ある 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 喘息
 胃潰瘍 がん 緑内障 脳の病気 その他

3、現在服用しているお薬はありますか？

ない
 ある →

4、今までにかかったことがある病気はありますか？

5、あなたと血の繋がりがあある方で、病気、あるいは亡くなられた方はおられますか？

いない
 いる →

6、今まで食品や薬などでアレルギーを起こしたこと（じんましんが出たり気分が悪くなったりなど）はありますか？

ない
 ある →

7、どうやって当院を知りましたか？（チェックして下さい）

家族、親戚、知り合いからのご紹介 ()
 インターネットで調べた
 オフィシャルサイト
 医療機関紹介サイト (病院なび EPARK ドクターズファイル その他)