

初 診 時 間 診 票

住所 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 _____

氏名 _____ 職業 _____

生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (以前の職業でもかまいません)

下記の質問事項に、ご記入下さい。

1. *今日は、どこがどのように具合が悪くておいでになりましたか？
症状をお書き下さい。

*その症状は、いつ頃から始まりましたか？

2. あなたは、今までに何か大きな病気で治療(入院)、手術などを

受けたことがありますか？

①ない ②ある (病 名：)

(いつ頃：)

3. 現在、通院している病院がありますか？

①ない ②ある (病 名：)

(病院名：)

(いつ頃から：)

(服用中の薬の名前：)

(裏面に続きます)

4. 今までに、じんましんや食品・薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？

- ない ある（食品名： _____）
（薬品名： _____）

5. 日常について、おたずねします。

- * 食欲は ・ ない ・ 普通 ・ 旺盛
- * 食事は ・ 不規則 ・ 規則正しい
- * 睡眠は ・ 眠れない ・ 普通
- * 便通は _____日に_____回位
- * 排尿は ・ 昼間_____回位 ・ 夜間_____回位
- * お酒は ・ 飲まない ・ 飲む（時々・毎日）
- * タバコは ・ 吸わない ・ 吸う（1日_____本位）

6. 女性の方へ

- * 月経は ・ 順調 ・ 不順 ・ 閉経している ・ 無月経
- ・ 最終月経 _____月 _____日から
- * 現在、妊娠していますか？
- ・ はい（ _____ヵ月） ・ いいえ ・ わからない

7. 受診にあたって、特にご希望がありましたらお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。