

初診・お久しぶりの患者さまへ

ふりがな	
氏名	_____ 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳 (男・女)
住所	〒 _____
電話番号	_____ 緊急連絡先 _____ 続柄 _____

- どのような症状で来院されましたか？ いつ頃から症状が出ましたか？
- 今までに入院したり、医師に治療を受けたことがありますか？
ない _____ ある _____
いつ頃 _____ 病名 _____
いつ頃 _____ 病名 _____
- 現在、当院以外から処方されている薬はありますか？
ない _____ ある _____
薬の名前： _____
- 薬のアレルギーや、体に合わない薬がありますか？どのような薬ですか？
ない _____ ある _____
薬の名前： _____
- 緑内障と言われたことがありますか？
ない _____ ある _____
- タバコを吸いますか？
いいえ _____ はい (1日 _____ 本) _____ 禁煙した _____
- お酒を飲みますか？
いいえ _____ はい (1日に飲む量 _____)
- 女性の方へおたずねします。
妊娠していない _____ 妊娠中 (現在 _____ 週目) _____ 可能性がある _____ 授乳中 _____
- 男性の方へおたずねします。
前立腺肥大症と言われたことがありますか？ _____ いいえ _____ はい _____
- 当院をお知りになった理由を教えてください。(該当する項目があれば○で囲んで下さい)
家族・知人の紹介 (紹介者 _____ 様) _____ 通りがかり _____ 看板 _____
回覧板 _____ インターネット (ホームページ _____ 医療検索サイト) _____
雑誌・フリーペーパー _____ その他 _____
- ご自身のお体で特に伝えたい事がありましたらお書き下さい。