

予 診 票

平成 年 月 日

先生がこの票をもとに診察しますので、診察前に必ずお書きください。

フリガナ 明・大・昭・平

① 名前 _____ 男・女 生年月日 _____ 現在の体温 _____

ご住所 _____ お電話番号 _____

携帯電話 _____

②当クリニックをお知りになったキッカケは
・知人、ご家族の紹介 ・ホームページ ・広告 ・その他 ()

③来院の目的
いつごろから、どのように具合が悪いか、具体的に書いてください。

()

④身長 _____ cm 体重 _____ kg 痩せてきていますか? (はい・いいえ)

⑤他の病院または医者にかかっていますか?
病院名または医師名 () 病名 ()
※ 今飲んでいる薬を書いてください。

()

⑥今までに輸血を受けたことがありますか? (はい・いいえ)

⑦通院する以前、病気にかかったことがありますか? (はい・いいえ)
"はい"に○をつけた方は、下記に○、または()に記入してください。

喘息・じんましん・湿疹・高血圧・不整脈・脳卒中・肺の病気・心臓病・前立腺肥大・胃または十二指腸潰瘍・肝臓病・胆嚢の病気・膵臓の病気・腎臓病・緑内障・糖尿病・癌・手術・その他の重い病気
()

⑧注射や薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか? (はい・いいえ)
注射または薬の名前 ()

⑨タバコを吸いますか? (はい : 1日_本 始めてから_____年くらい・いいえ)

お酒を飲みますか? (はい : 1週間_____回、1日量_____・いいえ)
何を飲んでいきますか? (ビール・焼酎・ウイスキー・日本酒・梅酒・ワイン)

⑩女性の方に: 最終月経 _____月_____日から_____月_____日まで
(順調・不調)

現在妊娠している可能性はありますか? (はい・いいえ・わからない)
赤ちゃんのいるお母さんへ: 現在、授乳していますか? (はい・いいえ)