

はじめてのかたに

					ID No.			
ふりがな				男 女	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日	歳
氏 名								
ふりがな								
住 所	〒 —							
電話番号	() —				身長	cm		
携帯電話番号	— —				体重	kg		

診療に役立てるため、お手数ですが下記のアンケートにお答えください。

1. 今日、来院された理由に○を付けてください。

①症状がある。

a)いつから： 今日から、 () 日前から、 () ヶ月前から

b)症状： ()

②検診の結果、精密検査を勧められた。

③他医の紹介

④その他

2. 現在、治療中の病気がありますか？他の病院・医院・クリニックに受診していますか？

①ない ②ある (病名：)

(病院名：)

3. 現在、服用中の薬又は常用薬がありますか？

①ない ②ある (お薬：)

4. 今までに次のような病気をしたり、入院・手術をしたことがありますか？

①ない ②ある 糖尿病、腎炎、高血圧、心臓病、結核・ぜんそく・肝臓病
胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大
その他 ()

5. 家族（血縁者）で下記の病気にかかれた方はいますか？それはどなたですか？

①ない ②ある 高血圧 () 糖尿病 () 結核 ()
脳血管障害 () 甲状腺疾患 ()
がん 部位 [] ()
その他 ()

6. 今まで薬や食べ物でアレルギー（ジンマシンが出たり、気分が悪くなったり）がでたことがありますか？

①ない ②ある ()

7. タバコを吸いますか？

①吸わない ②吸っていたが止めた (1日に 本、 年前まで)

③吸っている (1日に 本、 本から)

8. お酒を飲みますか？

①飲まない ②たまににしか飲まない (月に 回程度)

③よく飲む (1日に 酒 合、ビール ml、ウイスキー 杯)

9. 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？： あり ・ なし

(最終生理は 月 日から 日間 ・ 閉経した)

授乳中ですか？： はい ・ いいえ

*ご記入されましたら受付にお声掛けください。ご協力ありがとうございました。

個人情報につきましては、当院の個人情報保護方針に従いまして、適正に取り扱います。

鷹津内科循環器科