

はじめて来院された方へ

(下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。)

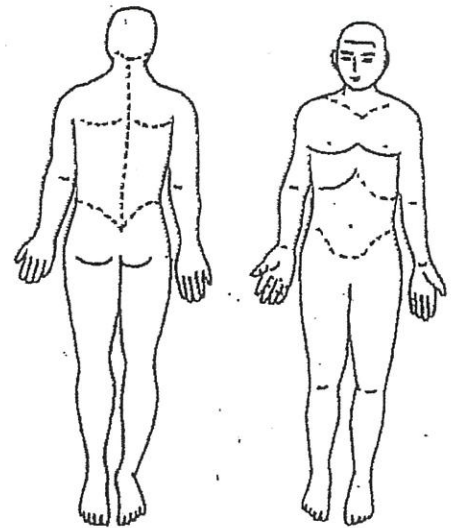
年 月 日

ふりがな		男	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前		女	被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒		電	話 ()		

(1) ①. どうなさいましたか?どこが? (身体の悪い部分に○をつけてください)

②. どんなふうに、悪いのですか?

痛い しびれる おもい こる
つっぱる はれている 動きが悪い
冷える 骨折と言われた
その他 ()



③. いつからですか?

(日位前から)

④. それについて治療をうけたことがありますか?

ない ある

⑤. それについて手術をうけたことがありますか?

ない ある

⑥. 現在の体重 (kg) 体温 (℃)

(2) 今までにどんな病気をしましたか? ない ある

ある場合→心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 脳疾患

糖尿病 高血圧症 低血圧症 リウマチ 喘息

その他 ()

(3) 現在、他の病気で通院していますか? していない している

(4) 現在飲んでいる薬がありますか? ない ある

(5) ①. 薬や食べ物で発疹がでたことがありますか? ない ある

ある場合→それはどんな薬ですか? ()

②. 貼り薬や、塗り薬で、かぶれたことがありますか? ない ある

(6) 抗生物質を使用したことがありますか? ない ある

(7) 少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか? ない ある

(8) 血液型は A型 B型 O型 AB型 Rh (+・-)

(9) 今までに局所麻酔をしたことがありますか? (抜歯など) ない ある

(10) 女性の方に 現在妊娠中ですか? いいえ はい (ヶ月)

(11) 当院をどのように知りましたか?

①バス車内放送 ②インターネット・ホームページ ③目黒区くらしのガイド

④紹介 (様より) ⑤近所 ⑥電柱看板

⑦特定健診・がん検診・予防接種の目黒区保健センターからの案内

⑧その他 ()