

初めて診察を受けられる患者様へ

1. お名前 _____ 性別 男()・女()
生年月日(大正、昭和、平成、令和) _____ 年 月 日 年齢 _____ 才
電話番号(自宅) _____ (携帯) _____
〒 _____ 住所: _____

2. どのようなこと(症状)で受診されますか? _____

3. いつ頃からですか? _____ 年 月 日頃から

4. 過去1か月以内に海外渡航歴はありますか? ()あり、()なし
「あり」の方・渡航先 _____ 渡航期間 _____

5. 今までにかかった病気、けがについて(当てはまるものに○をして、具体的に書いて下さい)
()心臓病、()高血圧、()不整脈、()腎臓病、()脳卒中 ()消化器の病気、()肝臓病、
()糖尿病、()高脂血症、()肺の病気、()喘息、()肺結核、()肺炎、()整形外科の病気、
()緑内障、()前立腺肥大、()がん:部位(_____)、()その他
具体的に: _____

現在も治療中の方は、受診している他の医療機関名を教えてください _____

6. 血縁の方で、下記の病気にかかれた方がおられますか?
()心臓病、()脳卒中、()がん、()糖尿病、高血圧、高脂血症、()リウマチなどの膠原病
()その他: _____

7. 薬や食べ物にアレルギーがありますか? ()ある: _____ ()ない
小児喘息や、花粉症、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患を指摘されたことはありますか?
()ある: _____ ()ない

8. タバコを吸われますか?
()現在も吸っている 1日()本 × ()年間
()過去に吸っていた ()歳まで 1日()本 × ()年間
()1度も吸ったことがない

9. アルコールは飲まれますか?
1日にビール _____ 本、日本酒 _____ 合、焼酎・ウイスキー _____ 杯、その他 _____

10. アスベストや粉じんへの曝露歴はありますか?
()ある: _____ ()ない

11. 肺の検診について:()毎年、()時々、()受診したことがない
最後に胸部のレントゲンを撮影されたのはいつですか? _____ 年

12. ペットを飼育されていますか? ()はい: _____ ()いいえ

13. 女性の方にのみお尋ねします。
・妊娠はされていますか? ()いる: 妊娠週数 _____ 週、()いない、()わからない
・現在授乳中ですか? ()はい、()いいえ

14. 病名や病状の説明、その他で特別なご希望があれば、ご記入ください。

ご協力、ありがとうございました。

富山医院