

# 初診の患者様 ご記入用紙

※ 当てはまる □部分 にレ印をつけてください。

来院日： 令和 年 月 日

ふりがな				性別
(受けられる方の) 氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(受けられる方の) 生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日
現住所	〒 _____			
TEL	—	—		
携帯/緊急連絡先	—	—		
メールアドレス	_____@_____			
■身長	cm	■体重	kg	
■妊娠している可能性(女性のみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		■授乳婦 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
■血液型	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> O型	<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-		
■血圧	/	mmHg	■脈拍数	回/分
■体温	℃			
■飲酒	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 毎日	ビール	_____ ml
		<input type="checkbox"/> 週4~6回	日本酒	_____ ml
		<input type="checkbox"/> 週2~3回	洋酒	_____ ml
		<input type="checkbox"/> 週1回		
		<input type="checkbox"/> 飲まない		
■タバコ	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 20本以上/1日	喫煙歴	_____ 年
		<input type="checkbox"/> 20本/1日		
		<input type="checkbox"/> 10本/1日		
		<input type="checkbox"/> 5本/1日		
		<input type="checkbox"/> 吸わない		
■アレルギーがございましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	病名： <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎			
	原因 <input type="checkbox"/> 杉ヒノキ <input type="checkbox"/> ブタクサ <input type="checkbox"/> すずき			
	<input type="checkbox"/> 家ダニ <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー			
	原因 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> 牛乳			
	<input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> そば			
	<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎			
	<input type="checkbox"/> 薬アレルギー <input type="checkbox"/> 抗生剤 その他( )			
■副腎皮質ホルモン製剤(内服・外用薬)の長期間使用の有無	<input type="checkbox"/> 過去にあった <input type="checkbox"/> 現在ある			

本日の診療希望：

今後の診察希望、相談など ございましたらご記入下さい。

■飲んでいて調子が悪くなった薬はありますか？

くすり名	理由

■現在、飲んでいる薬をご記入下さい。

くすり名	メーカー

■既往歴 (ご本人様のこれまでのこと)

高血圧  心臓病 病名( )

糖尿病  高脂血症

腎臓疾患  肝臓疾患 病名( )

泌尿器疾患 <<  前立腺肥大  その他( ) >>

眼の病気 <<  緑内障  その他( ) >>

胃腸疾患 病名( )

精神疾患 病名( )

ケイレン <<  薬服用あり  薬服用なし >>

皮膚病 病名( )

血液疾患  脳神経 病名( )

■家族歴 (血のつながった方のご病気)

	父	母	祖父	祖母	子
ガン					
結核					
高脂血症					
脳卒中					
喘息					
糖尿病					
高血圧					
心筋梗塞					

★当クリニックを何でお知りになりましたか？  インターネット  電話帳 ( NTT、テレパル、その他 )  家族、知人  通りがかり  その他 ( )