

— 外来受診の方へ —

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者様氏名		電話番号	自宅 () -
生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		携帯 () -
ご住所			
緊急連絡先	お名前： 続柄：	電話 ()	-

診察にあたり下記の項目にお答え下さい。

受付日： _____

■ これまでに当院で外来・入院で診察を受けられた事があればお教え下さい。

ない ・ ある [昭和 ・ 平成 年 月 頃 外来 ・ 入院]

■ 今回受診された理由や症状・期間を具体的に記入して下さい。

症状・期間： _____

ご希望の診療科： _____ 科

■ 1カ月以内に海外渡航されましたか。 [していない ・ した：渡航先・ _____]

■ 今までに指摘された病気、または入院・手術の経験はありますか。

アレルギー [なし ・ あり ⇒ _____ (薬・造影剤・花粉症・食事など)]

喘息 [なし ・ あり ⇒最終発作： _____]

糖尿病 [なし ・ あり： _____ 歳頃から]

高血圧 [なし ・ あり： _____ 歳頃から]

その他の病気

[病名： _____ 歳頃]、手術 [なし ・ あり： _____]

[病名： _____ 歳頃]、手術 [なし ・ あり： _____]

■ 女性の方は、現在妊娠の可能性についてお答え下さい。 [なし ・ あり] [授乳中 ・ 授乳なし]

■ 常用薬があればご記入下さい。 [なし ・ あり： _____]

※お薬手帳をお持ちであればご提示下さい。

■ かかりつけの病院はありますか。 [なし ・ あり： _____]

■ 喫煙について

喫煙歴なし ・ 現在喫煙中 ・ 過去喫煙 [_____ 本/日 × _____ 年]

■ 飲酒について

いいえ ・ はい [具体的に(例.日本酒1合/週に2回)： _____]

■ 他の病院・診療所からの紹介状はありますか。 [なし ・ あり]