

初めての方へ

No. _____

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)

郵便番号 _____ *必ずご記入ください

住所 _____

電話 () _____ 携帯 _____

職業		勤務先		体温	
----	--	-----	--	----	--

どのような症状で受診されましたか？

頭痛
首こり・肩こり
めまい・吐き気
けいれん・意識消失
物忘れ
打撲
力が入りにくい
話しにくい
しびれ
目が見えにくい
その他 (_____)

今までにかかった病気はありますか？

脳卒中
高血圧
心臓病
糖尿病
肝臓病
ぜんそく
腎臓病
胃・十二指腸潰瘍
高脂血症
がん
その他 (_____)

これらの症状はいつ頃から始まりましたか？

今日から 昨日から 3日前から
1週間前から 1ヶ月前から 3ヶ月前から
平成____年____月____日から
(突然 ・ 徐々に)

ご家族に同様の症状の方はいますか？

いない
いる (_____)

現在、他の病院・医院にかかっていますか？

かかっている
(病名 _____)
(病院名 _____)
かかっていない

現在、服用中の薬・常備薬がありますか？

ある
(薬品名 _____)

ない

今まで薬・食べ物などでアレルギーをおこした
ことがありますか？

ある
(薬・注射 _____)
(食べもの _____)
ない

タバコは吸いますか？

吸う (1日 _____ 本 _____ 年間)
吸わない

アルコールは飲みますか？

飲む (毎日・週に _____ 日・つきあい程度)
飲まない

どちらからの紹介ですか？

岡崎市民病院・愛知医大・インターネット
看板・折込広告・口コミ・知人の紹介・その他

女性の方へ

現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？
(はい いいえ)

診療明細書発行希望 _____ ・あり _____ ・なし