

初めて受診される方へお聞きします

お名前 _____

- 困っていることはなんですか (例：頭痛・ものわすれ・めまい・しびれ / 脱力・他院から紹介 など)

いつから、どこが、どのように、など分かる範囲でお教え下さい

この症状で他院にも受診がある場合はお教えてください

- 他院で病気を指摘されたことはありますか : なし・あり

▷ 特に以下の病気を指摘されたことはありますか

高血圧・脂質異常症・糖尿病・高尿酸血症、 気管支喘息・アトピー性皮膚炎、
脳や神経の病気、 心臓の病気、 腎臓の病気、 目の病気、 前立腺の病気、 がん、

▷ その他の病気がありましたら、お教え下さい

他院通院 : なし・あり (過去に通院・現在も通院 かかりつけ医 : _____)

入院や手術 : なし・あり

体内の金属 : なし・あり (ペースメーカー・人工関節・入れ墨・他 : _____)

▷ 通院・入院・手術について具体的にお教えてください (いつ頃、どこの医療機関に、何という病気で、など)

- 使用しているお薬はありますか : なし・市販薬/サプリメント・他院の処方

薬の名前をお知らせください (薬手帳があれば、お見せ下さい)

- 薬や食品のアレルギーはありますか : なし・あり (食品・薬)

ある場合は、どんなもので、どのようなことがあったか、などお教え下さい

- 生活のご様子についてお聞きします。

・ 飲酒 : なし・あり (何を) _____、(1日どのくらい) _____

・ 喫煙 : なし・あり (_____) 歳 ~ (_____ 歳で禁煙・現在も喫煙)

・ 仕事 : _____

・ 同居している家族 : 独居・あり (_____ 人 : _____)

・ 介護サービス利用 : なし・あり (ヘルパー・デイ・ショート・器具・その他 _____)

- 女性の方への質問 : 妊娠/授乳中ではない・妊娠中・授乳中・妊娠しているか分からない

- 血のつながったご家族で病気の方はいますか : なし・あり

(似た症状や病気の方、生活習慣病や大きな病気の方など)

- 自由記載欄 (ご希望など)

※ 空欄が足りない場合は裏をお使い下さい