

速やかに安全な診療を行うため、初めての患者さんにご回答をお願いしています。
 なお、いただいた情報は診療行為以外の目的に使用することはありません。

受診日	年 月 日	*交通事故・労災の場合は全額自費の方のみお受けしています。	
フリガナ		男	E-mail
氏名		女	
住所	〒 _____		
生年月日	年 月 日 歳(既婚・未婚)	TEL(緊急連絡先)	
身長	cm	職種環境	事務系・営業系・技術系・管理職・経営者・その他

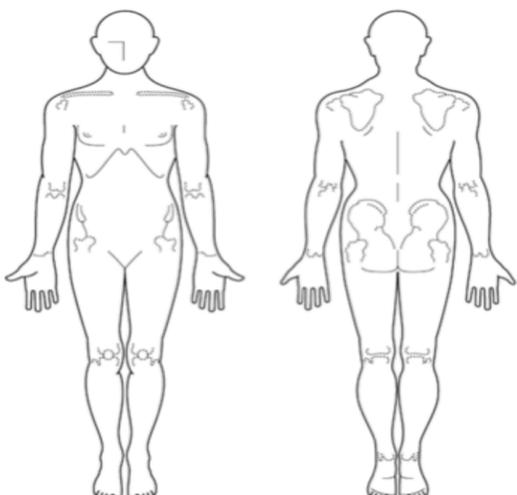
今日の体温 (°C)

1.主な症状を教えてください (○をつけて下さい)
 ①風邪症状 (咳・鼻水) ②発熱 ③緊急症状 めまい ④緊急症状 吐き気・下痢 ⑤痛み
 ⑥だるさ ⑦緊急症状 やけど ⑧かゆみ ⑨その他の症状 ()

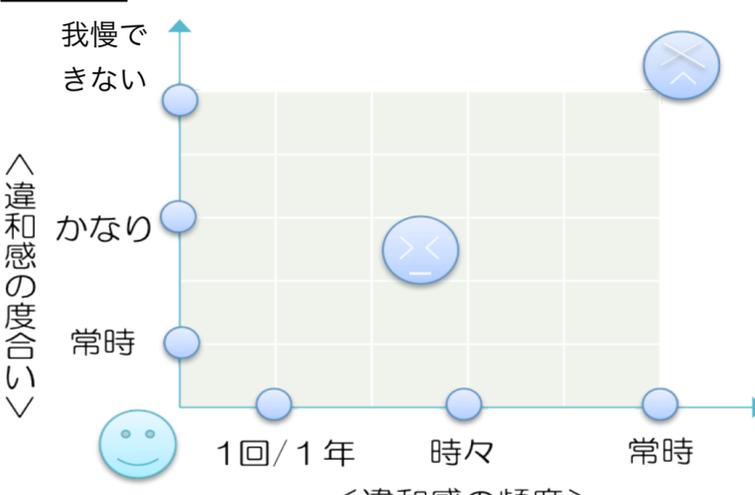
2.いつ頃からですか (○をつけて下さい)
 ①今日 ②昨日 ③2~3日前 ④1週間前 ⑤1ヶ月前 ⑥1ヶ月以上前 ⑦半年前 ⑧1年以上前

3.症状がある「部位」とその「度合いや頻度」を下図に示してください (○をつけて下さい)

部位



強さ/頻度



4.日常生活について、軽く汗をかく程度の運動を週2回以上していますか
 ①はい / ②いいえ

5.現在睡眠は十分とれていますか
 ①はい / ②いいえ

6.お仕事は普段より忙しいですか
 ①はい / ②いいえ

7.現在服用しているお薬はありますか。その薬名をお教え下さい
 ①いいえ / ②はい 薬名 ()

8.アレルギー(食物・薬・植物など) がありますか
 ① はい(具体的に)
 ② いいえ

9.妊娠 (女性のみ) いいえ / はい (妊娠 週目)

10.検査について、ご希望はありますか
 ①特に希望なし
 ②必要最小限に取り入れて欲しい
 ③徹底的に調べて欲しい

11.病気について聞きたいことや知りたいことがあれば、お書き下さい。

12.当院をどのようにお知りになりましたか
 ①入口サイン置き看板 ②当院ホームページ ③院長ブログ
 ④ご紹介 同僚・友人 ⑤ご紹介 ホテル ⑥提携医療機関 ⑦その他 ()

ご回答ありがとうございました。