

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。

*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。

受診日	平成 年 月 日		
フリガナ		男	E-mail
氏名		女	
住所	〒 _____		
生年月日	平成 年 月 日 歳	TEL(緊急連絡先)	
	(既婚・未婚)	職種環境	事務系・営業系・技術系・管理職・経営者・その他
身長	_____ cm		

今日の体温 (_____ ℃)

1. 主な症状を教えてください。(〇をつけて下さい)
 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(〇をつけて下さい)
 ①今日 ②昨日 ③2~3日前 ④1週間前 ⑤1か月前 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(〇をつけて下さい)

部位

強さ/頻度

4. 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 (_____)

5. アレルギー(食物・薬など)はありますか
 ① はい(具体的に _____)
 ② いいえ

6. 妊娠(女性のみ) いいえ/はい(妊娠 週目)

7. 診療方法
 ①簡潔な説明(早急に診断と治療を望む方)
 ②特に希望なし
 ③詳細な説明(より詳しい疾患や治療説明を望む方)

8. 検査方法
 ①必要最小限に取り入れて欲しい はい(具体的に _____)
 ②特に希望なし
 ③徹底的に調べて欲しい

9. 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。

10. 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ご紹介 同僚・友人
 ④ご紹介ホテル ⑤提携医療機関 ⑥その他 (_____)

ご回答どうもありがとうございました。