

初診時間診票

フリガナ
お名前 _____ 男・女 生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

〒 _____ ご住所 _____ お電話(ご自宅) _____

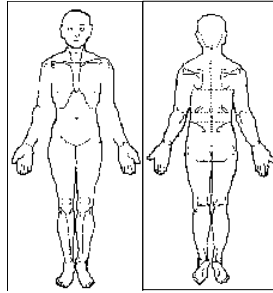
ご職業 _____ (携帯) _____ (ご家族の連絡先・続柄) _____

介護認定 (なし・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 介護リハビリの利用 (なし・あり)

*お薬手帳、紹介状、病歴資料、データなどがありましたら受付時にご提出ください

I、どのような症状で来院されましたか？

(症状)



(始まった時期)

II、これまでの病歴についてお尋ねします。(当てはまるところに○印をつけて下さい。)

① 感染症 B型肝炎 (未検・不明・陰性・陽性) C型肝炎 (未検・不明・陰性・陽性)

梅毒 (未検・不明・陰性・陽性) エイズ (HIV) (未検・不明・陰性・陽性)

その他の感染症 _____

*上記が未検または不明の方には検査をお願いする場合があります
す _____

② 糖尿病 (ない・ある) → 発症時期 _____ 現状 _____

③ 高脂血症 (ない・ある) → 発症時期 _____ 現状 _____

④ 高血圧 (ない・ある) → 発症時期 _____ 現状 _____

⑤ 高尿酸血症 (ない・ある) → 発症時期 _____ 現状 _____

⑥ 気管支・肺の病気 (ない・ある) → 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____

⑤ 心臓病 (ない・ある) → 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____

⑦ 脳卒中 (ない・ある) → 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____

⑧ 肝臓病 (ない・ある) → 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____

⑨ 腎臓病 (ない・ある) → 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____

⑩ その他 (病気・ケガなど)

1 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____

- 2 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____
- 3 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____
- 4 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____
- 5 病名 _____ 発症時期 _____ 現状 _____

⑨ 医師からの処方薬（ない・ある）→ ある場合は、お薬手帳を御提示ください。持参していない場合は内容をご記入ください

⑩ 出血しやすい薬（抗血小板薬、抗凝固薬、ほか）を使用していますか？
（ない・わからない・ある _____）

⑪ 出血はすぐ止まりますか？
（ 止まる ・ 止まらない：原因は？ _____ ）

⑫ アレルギー
・ 薬剤アレルギー（ない・ある→原因薬剤 _____）
・ その他のアレルギー（ない・ある→原因 _____）

⑬ タバコを吸いますか？
（ 吸わない ・ 吸う→1日に _____ 本位 ・ 過去吸っていた→ _____ 才 ~ _____ 才 ）

⑭ 輸血は受けたことがありますか？（ ない ・ ある： _____ ）
・ 輸血による副作用や後遺症（ ない ・ ある： _____ ）

⑮ 女性の方にお尋ねします
・ 現在、妊娠している可能性はありますか？（ ない ・ 不明 ・ ある：約 _____ 週 ）
・ 現在、生理中ですか？（ いいえ ・ はい ）

Ⅲ、当院のことは、どのようにお知りになりましたか？該当項目に○印をお願い致します。

ご紹介（差し障りが無ければご紹介者をお教え下さい。 _____）

当院のホームページ・インターネット検索（モバイル・PC/Yahoo・Google・ _____）

新聞チラシ・ビル玄関看板・その他（ _____）

Ⅳ、当院へのご質問やご希望、その他気になる事など何でも結構ですのでお書き下さい。