はじめての患者さまへ

ＩＤNo.　　記入年月日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日生（　　才）
氏名	男・女		
住所	〒	電話	

診療の参考とさせていただきますので、下記の項目についてご記入ください。

・どのような症状で来院されましたか？

頭痛　　めまい　　だるい　　食欲がない

発熱（　　度）　悪寒　　せき　　たん

胸が痛い　　血圧が高い　　動悸　　息切れ

おなかが痛い　　吐き気　　胸焼け　　下痢　　便秘

くび　　肩　　腰　　手足　が痛い

その他（　　）

・これらの症状はいつから始まりましたか？

本日　　数日前　　数週間前　　１ヵ月以上前

・これまでにかかった主な病気やけがはございますか？

ない　　ある（　　歳のとき　　）

・おくすりや食べものによるアレルギーはございますか？

ない　　ある（どのようなものですか？　　）

・アルコールやタバコは１日どれくらいのみますか？

アルコール　（ビール・焼酎・酒・ワイン　　ml　　本）

タバコ　　（　　本　　年間）

・どのようにして当院をお知りになりましたか？

自宅・職場の近所　　病医院の紹介　　知人の紹介　　ホームページ

ご協力ありがとうございました。

よつ葉クリニック