

はじめて（久しぶりに）受診される方へ

ID		記入者	<input type="checkbox"/> ご本人 ・ <input type="checkbox"/> 付き添いの方()		
お名前		ご職業		身長	cm
		ご紹介者		体重	kg
	様		様		

●該当する項目の□にチェックを入れてください。()内にはご記入をお願いいたします。

1-1. 今日受診された理由について下記の中よりお選びください。

- 頭痛 めまい ふらふらする しびれ(右手 左手 右足 左足) 肩こり
物忘れが気になる 事故にあった 頭の検診 その他()

1-2. その状況を詳しく教えてください。(いつごろから、どんなふうに)

--

2. 今までに病院にかかった（または今かかっている）病気がありましたらご記入ください。

病院名	時期	病名	手術歴	お薬の有無	
				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

例：不整脈、狭心症、高血圧、糖尿病、コレステロールが高い、不眠 など

3. お薬や注射、検査、食べ物などで具合が悪くなった事（またはアレルギー）がありますか。

- はい()
いいえ

4. その他、ご相談されたいことがありましたらご自由にお書きください。

--

*今飲んでお薬がありましたら、薬または「おくすり手帳」を看護師にお見せください。

*心臓ペースメーカーが入っている方はお申し出ください。

*ご記入いただいた内容は、当クリニックでの診療以外の目的では使用いたしません。