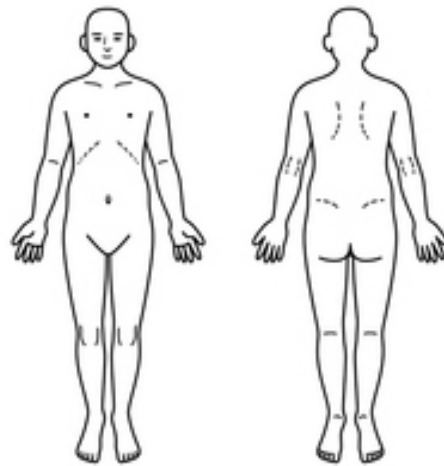


職員記入欄		受付医師： 大室・横山・関本・日根野		紹介状： 有・無		画像： 有・無	
		受診理由： ①一般診療 ②交通事故 (★診断書： 要・不要・保留)				③労災	
ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日
氏名				平成・令和	(歳)	
住所	〒 -			(自宅： - -)			
				(携帯電話： - -)			
職業(職種)							

① 今日はどうされましたか？
お困りの部位/症状・いつから症状があるかお書きください ↓ 症状のある部分に○をつけてください



嗜好	タバコ	吸わない・吸っている (1日： 本・喫煙期間： 年間)
	飲酒	飲まない・飲む (頻度： 種類： 1日の量： ml)

今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい ⇒ 医療機関名 ()
⇒ 診 断 名 ()

② これまでに何か手術を受けられたことはありますか？

いいえ はい ⇒ 詳細をお書きください(受けられた年/手術名/医療機関名)

③ 現在治療中、または過去に治療を受けられた病気や怪我はありますか？

いいえ はい ⇒ 下記に詳細をお願いします。()内に病名をお書きください

※現在使用中の薬： なし あり ※お薬手帳持参： 有 無 忘れ

・高血圧症 ・ぜんそく ・高脂血症 ・胃かいよう ・リウマチ ・痛風

・糖尿病(直近のHb-A1cの数値： _____ インスリン使用： 有・無)

・心臓病/心疾患() ・脳血管疾患() ・甲状腺/副甲状腺疾患()

・緑内障(点眼液使用： 有・無) ・腎臓病() ※透析治療： 有・無

・肝臓病() ・悪性腫瘍() ・前立腺疾患()

・骨粗鬆症(治療： 有・無) ■骨密度の検査を希望されますか？ いいえ・はい

・その他()

下記の手術を受けられたことはありますか？ いいえ はい ⇒ あてはまるものにチェックをお願いします

ペースメーカーが入っている 脳クリップが入っている 人工内耳・中耳が入っている

④ 薬剤によるアレルギーはありますか？ いいえ はい ⇒ 以下に詳細をお願いします

⑤ 女性の方のみ。現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい(妊娠中・妊娠の可能性あり) 授乳中