予 診 票

令和　　年　　月　　日

先生がこの票をもとに診察しますので、診察前に必ずお書きください。

フリガナ　　明・大・昭・平・令

①□ お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女　生年月日＿＿＿＿＿＿＿ 現在の体温 ＿＿＿＿＿

ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ お電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯電話＿＿＿＿＿＿＿＿

②当クリニックをお知りになったキッカケは

・知人、ご家族の紹介　・ホームページ（E-PARK・その他）　・看板、外掲示板　・広告　・他院からの紹介

・医師会HP　・町会の回覧、名簿　・パンフレット　・その他（　　）

③来院の目的

いつごろから、どのように具合が悪いか、具体的に書いてください。

④身長 ＿＿＿＿＿cm 体重 ＿＿＿＿＿kg　痩せてきていますか?（ はい ・ いいえ ）

⑤他の病院または医者にかかっていますか?

病院名または医師名（　　）　病名（　　）

※ 今飲んでいる薬を書いてください。

⑥今までに輸血を受けたことがありますか?　（ はい ・ いいえ ）

⑦通院する以前、病気にかかったことがありますか?　（ はい ・ いいえ ）

″はい″に〇をつけた方は、下記に〇、または( ) に記入してください。

喘息・じんましん・湿疹・高血圧・不整脈・脳卒中・肺の病気・心臓病・前立腺肥大・胃または十二指腸潰瘍・肝臓病・胆嚢の病気・膵臓の病気・腎臓病・緑内障・糖尿病・癌・手術・その他の重い病気

（　　）

⑧注射や薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか?　（ はい ・ いいえ ）

注射または薬の名前（　　）

⑨タバコを吸いますか?（ はい ：1日＿＿本　始めてから＿＿＿＿年くらい ・ いいえ ）

お酒を飲みますか?（ はい ：1週間＿＿回、1日量＿＿ ・ いいえ ）

何を飲んでいますか?（ビール ・ 焼酎 ・ ウイスキー ・ 日本酒 ・ 梅酒 ・ ワイン ）

⑩女性の方に：最終月経　月＿＿日から＿＿＿月＿＿日まで　（ 順調 ・ 不調 ）

現在妊娠している可能性はありますか?　（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

赤ちゃんのいるお母さんへ： 現在、授乳していますか?　（ はい ・ いいえ ）