

はじめて来院される方へ

お名前	フリガナ	男・女	生年月日	明	大	昭	平	年齢
ご住所	〒 横浜市 青葉区 都筑区 川崎市 宮前区							
職業								
電話	() (携帯電話)							

1 今日どのようなことでおいでになりましたか？

- 診察 (動悸 胸痛 不整脈 高血圧 糖尿病 かげ
いつから? どのような症状がありますか?)
- 健康診断で受診を勧められた (どのような異常ですか?)
- 健康診断を受けたい(自費診療)
- その他 ()

2 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

- ない ある いつ頃ですか? ()
- 糖尿病 高血圧 心臓病 ぜんそく
- 肝臓病 腎臓病 その他()

3 薬や注射・食べ物等で気分が悪くなったり、発疹がでた等の異常が起きたことがありますか？

- ない ある (薬品名:)

4 現在飲んでいる薬がありますか？

- ない ある
薬名 ()

5 現在飲んでいるサプリメントがありますか？

- ない ある (サプリメント名:)

6 女性の方にうかがいます。現在妊娠中、または授乳中ですか？

- いいえ はい

7 どちらか医療機関から紹介されましたか？

- いいえ はい ()