

## はじめて来院された方へ

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為にのみ使用いたします。

平成 年 月 日

ふりがな	生							
お名	男	年	明・大・昭・平					
前	・	月						
	様	女			年	月	日生	
		日						
〒								
ご住所			電話			-		

身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg

### 1. あなたは、どのようなことでおいでになりましたか？

(例：お腹が痛い、咳がひどい、熱がある 等の症状など)

( \_\_\_\_\_ )

・それは、いつ頃ですか？( \_\_\_\_\_ 日から)( \_\_\_\_\_ 日前ごろから)

### 2. いままでに病気をしたことがありますか？

はい (病名は： \_\_\_\_\_ ) いいえ

### 3. 血圧が高いといわれたことがありますか？

はい いいえ

### 4. 尿に糖がでたことはありますか？

はい いいえ

### 5. 毎日の生活についておたずねします

・夜はよく眠れますか はい いいえ

・尿は1日何回ですか ( \_\_\_\_\_ 回位)

・便は1日何回ですか ( \_\_\_\_\_ 回位)

・アルコールはのみますか? はい いいえ

・タバコは吸いますか? はい いいえ

・食事は規則正しく1日3回食べていますか?

はい ときどき いいえ

### 6. 今まで薬をのんだり、注射をうけた後で気分が悪くなったり、体にかゆみや発しんがでたことはありますか？

はい いいえ

### 7. 輸血や手術を受けたことがありますか？

はい いいえ

茅ヶ崎信愛クリニック