

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H	年	月	日
〒 住所					
自宅電話番号 ( ) -			携帯番号		
緊急連絡先 ( ) - : 名称				職業	

1) 受診のきっかけや、いつごろからどのような症状があったのか、お書きください。

---



---



---

2) 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ または現在何か病気で通院していますか？  
それはいつ頃（または何歳頃）ですか？

その病名と時期：

---

3) 血縁者（両親，兄弟，祖父母）で大きな病気にかかった人はいらっしゃいますか？  
どなたにどんな病気があったかお答えください。

---



---

4) 現在の 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

最近体重の極端な変化はありましたか？

どれくらいの期間 \_\_\_\_\_ ヶ月間・年間で、何 kg くらい \_\_\_\_\_ kg くらい増・減

5) 現在常用している薬やサプリメントはありますか？

無 有（名： \_\_\_\_\_）

6) 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

無 有（ \_\_\_\_\_）

7) 喫煙習慣はありますか？ 当てはまるものを選んで空欄をご記入ください。

無 有：1日 \_\_\_\_\_ 本， \_\_\_\_\_ 歳から 禁煙中：期間 \_\_\_\_\_

8) アルコールは飲みますか？種類とおおよその量と頻度をお答えください。

何をどれくらい？： \_\_\_\_\_ 週に何日？：週 \_\_\_\_\_ 日

9) 最近、外国に行かれたことはありますか？

無 有（国名： \_\_\_\_\_ 期間： \_\_\_\_\_）

10) 女性の方のみお答えください。当てはまるものを選んでください

妊娠中 授乳中 月経不順（過少・過多） 閉経（ \_\_\_\_\_ 歳）

11) 当クリニックを何で最初にお知りになりましたか？

当院ホームページ 携帯ホームページ 新聞折り込み パンフレット

ビル看板 電柱看板

ご紹介〔病医院・薬局（ \_\_\_\_\_ ） ご家族・知人（ \_\_\_\_\_ ）〕

その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました。個人情報厳守いたしますのでご安心ください。