

| | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| <small>フリガナ</small> | <small>性別</small> | <small>生年月日</small> | <small>年齢</small> |
| 氏名 _____ | 男・女 _____ | 年 月 日生 _____ | 歳 _____ |
| 住所 _____ | _____ 県都 | _____ | |
| 電話番号（自宅） _____ | 携帯番号 _____ | _____ | |
| 緊急連絡先 氏名 _____ | 電話番号 _____ | _____ | |

*** 当院を何でお知りになりましたか？**

ホームページ（パソコン/スマホ）、当ビル1階の置き看板、野立て看板（場所： _____）
 バス広告（音声広告）、チラシ・パンフレット（入手場所： _____）
 家族／知人（具体的に：例）妻、友人 _____
 他院からの紹介（ _____） その他（ _____）

① 本日はどのような症状・目的で来院されましたか？

*** 症状がある方は詳しく記載下さい（いつ頃から、どこに、どの時間帯が多いなど）**

糖尿病の診療希望 甲状腺の診療希望 血圧の相談 動脈硬化の検査 痺れ 下肢静脈瘤
 循環器系⇒動悸 脈の乱れ 息苦しさ 胸痛 風邪 漢方 健診結果の相談 禁煙外来
 予防接種 レーザー にんにく注射 その他（ _____）
 点滴（種類： 高濃度ビタミンC / マイヤーズ / グルタチオン / その他： _____）
 →①アルコール消毒 可 / 不可 ②血液をサラサラにする薬 有 / 無
 高濃度ビタミンC点滴をご希望の方…③腎不全・心不全 有 / 無

② 現在治療中の病気はありますか？ あり・なし

高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 心臓病 脳血管疾患 呼吸器疾患 腎臓病 肝臓病
 その他（ _____）

③ 現在飲んでいるお薬はありますか？ あり・なし （お薬手帳をご提示ください）

④ 今までにかかったことのある病気はありますか？ あり・なし

高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 心臓病 脳血管疾患 呼吸器疾患 腎臓病 肝臓病
 その他（ _____）

⑤ ご家族がかかったことがある病気を教えて下さい

例) 高血圧 心筋梗塞 糖尿病 コレステロール血症 脳卒中 甲状腺疾患 など
 父) _____ 母) _____ 兄弟) _____ その他) _____

⑥ お薬のアレルギー なし・あり（薬名： _____）

⑦ 食物・その他のアレルギー なし・あり（種類： _____）

⑧ 感染症 例) B型・C型肝炎など なし・あり（種類： _____）

⑨ 定期検診 市健診・会社健診・かかりつけ医での健診（最終 _____月）

⑩ お酒を飲みますか？ いいえ・はい

ビール・焼酎・日本酒・ウィスキー・ワイン （週 _____日 1日量 _____杯）

⑪ タバコを吸いますか？ いいえ・はい （ _____年間 1日 _____本）

⑫ 運動はしますか？ いいえ・はい （種類： _____）