

はじめて来院された方へ(18歳以上の方)

下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。

令和 年 月 日

| | | | |
|----------------|----------|-----|----------|
| ふりがな | | | 男・女 |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 日 (歳) |
| 現住所 | 〒 | | |
| * 住民票住所が異なる方⇒ | | | TEL: |
| * 現在帰省中の方は滞在先⇒ | | | TEL: |
| 電話 | 自宅: | 携帯: | |

1. 本日はどのようなことでこられましたか？ いつ頃から、どのような状態になったかを簡単に記入して下さい。 体温 . °C

2. 現在、治療中の病気や服用している薬はありますか？

①治療中の病気 ・なし

・あり→

病名:

通院中の医療機関:

②服用している薬 ・なし

・あり→

薬の名前:

3. 今までにかかった病気や入院、手術等があったら記入してください。

| 年齢 | 内容 |
|----|----|
| | |
| | |

4. この1年間で健診を受診しましたか？ [はい ・ いいえ]

5. アレルギー性疾患にかかったことがありますか？ [ある ・ ない]

気管支喘息 (歳) アトピー性皮膚炎 (歳)

アレルギー性鼻炎 (歳) アレルギー性結膜炎 (歳)

花粉症 (歳) じんましん (歳)

食物アレルギー (歳) (原因食物:)

(症状:)

その他 ()

6. 注射・飲み薬で異常を起こしたことはありますか？ [ある ・ ない]

ある場合は詳しく記入してください。

7. 患者さんの両親、兄弟姉妹について、年齢・性別をご記入ください。大きい病気や慢性の病気にかかったことがある場合は []にご記入下さい。

父 (歳) []

母 (歳) []

兄弟姉妹① (男・女)(歳) []

兄弟姉妹② (男・女)(歳) []

8. マイナンバーカードの保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい

9. (女性のみ)現在妊娠中、又は授乳中ですか [はい ・ いいえ]

あすなろクリニック