

ふりがな		男	職 業
氏 名		・	
		女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生		才 月
住 所	〒	電話	( ) -
		携帯(本人・本人以外:続柄)	( ) -

ID: \_\_\_\_\_

※ 当クリニック内においてはお名前でお呼びします。不都合のある方はお申し出ください。

1) どのような症状ですか。それは、いつからですか。( 日前 月前 年前)

【膠原病】 関節の痛み 腫れ 変形 発熱 倦怠感 \_\_\_\_\_

【神経内科】 頭痛 首の痛み 腰痛 手や足のしびれ \_\_\_\_\_

【内科】 風邪 咳 喉の痛み 痰 鼻水 くしゃみ 花粉症 熱 \_\_\_\_\_℃ 吐気 嘔吐 下痢 \_\_\_\_\_

【その他】 禁煙外来 特定健診 一般健診 抗体検査 検査項目: \_\_\_\_\_

2) 今回の症状について、他の医師の治療を受けましたか。(いいえ ・ はい)

病院名 \_\_\_\_\_ (紹介状 あり ・ なし)

3) 現在、他に治療中の病気はありますか。(ある ・ ない) 病名: \_\_\_\_\_

その病気の薬を飲んでいますか。(はい ・ いいえ) 薬名: \_\_\_\_\_

4) 上記以外に以下の病気にかかったことがありますか。(ある ・ ない)

糖尿病・腎臓病・高血圧・心臓病・肝臓病・悪性腫瘍・喘息・肺炎・結核・血液疾患

その他 \_\_\_\_\_

5) 今までに手術を受けたことがありますか。(ある ・ ない)

病 名: \_\_\_\_\_ H. S. \_\_\_\_\_年

病 名: \_\_\_\_\_ H. S. \_\_\_\_\_年

6) ご家族の方で下記の病気の方がいらっしゃる場合は、ご記入ください。 例:・糖尿病( 祖父 母 )

・リウマチ・膠原病( ) ・糖尿病( ) ・腎臓病( ) ・高血圧( ) ・心臓病( )

・肝臓病( ) ・悪性腫瘍( ) ・喘息( ) ・結核( ) ・血液疾患( )

7) 薬や食べ物などで、アレルギー症状がでたことがありますか。( ある ・ ない )

薬の名前: \_\_\_\_\_ ・食べ物の名前: \_\_\_\_\_

8) 現在妊娠中ですか。(はい ・ いいえ)

9) 現在喫煙をされますか。( いいえ ・ はい ) はい・・( 本/日 歳から)

以前喫煙していたことがある・・( 本/日 年間)

10) 飲酒の有無 ( 有 ・ 無 ) ・アルコールの種類 \_\_\_\_\_ ・1日の飲酒量: \_\_\_\_\_ ml/日 ・週に \_\_\_\_\_回

11) 歯周病の有無 ( 有 ・ 無 ) 有・・( 治療中 ・ 未治療 )

12) 当院をどのようにお知りになりましたか。

・紹介状あり ・医療機関口頭紹介(医師・看護師) ・家族 ・知人 ・ホームページ ・電話帳 ・家が近い

・その他( )

13) コロナワクチン接種の有無 ( \_\_\_\_\_回接種済 ・ 未接種)

14) 介護認定の有無 ( 有 ・ 無 ) 有の場合→ ( 要支援 \_\_\_\_\_ ・ 要介護 \_\_\_\_\_)