

はじめてご来院された方へ

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。

質問に対し、あてはまるものがあれば ○ で囲んでください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	誕生日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
お名前	様			
ご住所	〒 -	電話	携帯	- -
			自宅	- -

e メールアドレス @

当院からのご案内をメールにて、お送りさせていただきます。

身長: cm 体重: kg 会社名:

現在の体温 °C

1. どのようなことでおいでになりましたか？

症状または、本日、医師に相談したいこと、希望される治療などご記入ください。

[]

2. 現在服用している薬やサプリメントはありますか？

いいえ はい

(薬剤名・・・)

3. いままでに病気をしたり、治療中の病気がありますか？

いいえ はい

高血圧 糖尿病 高脂血症 癌 ()
その他

4. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？

いいえ はい

アトピー 喘息 鼻炎 花粉症 (スギ・イネ・ヒノキ・カモガヤ・ブタクサ・その他)
副鼻腔炎 蓄膿症 その他 ()

5. 入院されたり、手術・輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい

いつ頃・病名・治療した病院をご記入ください。

[]

6. 薬を飲んだり、注射をうけた後で気分が悪くなったり、かゆみや湿疹がでたことがありますか？

いいえ はい (薬剤名)

7. 毎日の生活についておたずねします。

- ・よく眠れますか いいえ はい
- ・アルコールは飲みますか? いいえ はい (量は 日・週・月)
- ・タバコ (電子タバコ) は吸いますか? いいえ はい (1日 本位)
- ・食欲はありますか? いいえ はい

8. いま現在妊娠されていますか？(女性の方のみお答えください)

いいえ はい (カ月くらい)

9. 当院をお知りになられたきっかけは何ですか？

- a. ご紹介 (ご紹介者 様) b. ドクターズファイル or 病院なびを見て
c. 検索サイトからホームページを見て (今回は初めて・複数回) d. ビル看板を見て e. その他

10. 当院のホームページをご覧になり、ご興味ある内容をご回答お願いします。*複数回答可

- A. 慢性疾患 B. にんにく注射 C. プラセンタ注射 D. 美肌注射 E. 花粉症注射
F. スーパーライザー G. 元気療法 H. 禁煙 I. その他 ()