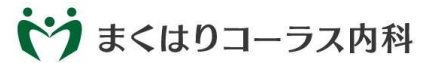


初診時受付票(共通)



フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号	(携帯) (自宅)		
当院を受診されたきっかけを教えてください ☐ 紹介(誰から:) ☐ 新聞・郵便ポストの開院チラシ ☐ イオンタウンチラシ ☐ 駐車場の看板・通りがかり ☐ ネット検索(検索ワード:) ☐ 当院ネット広告(google など) ☐ 千葉医療ナビ ☐ ドクターズ・ファイル ☐ 病院ナビ ☐ カルー(Caloo) その他()			

本日はどうなさいましたか？

(月 日頃から) または (歳頃から)

☐ 糖尿病 ☐ コレステロール・中性脂肪 ☐ 血圧 ☐ 痛風・尿酸 ☐ 甲状腺
☐ 痛い場所: 頭・のど・胸・おなか・その他()
☐ 風邪症状: 熱 ・ せき ・ 息苦しい ・ たん ・ 鼻水
☐ おなかの症状: 食欲がない ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 便に血が混じる
☐ 健康診断 ☐ ワクチン接種
☐ その他:

上記の症状で何処かに受診したことがありますか？

☐ ない

☐ ある (月 日頃)

(医療機関名:)

まくはりコーラス内科

カルテ番号	(記入不要)	氏名	
過去に治療や手術を受けたり、健診で指摘されたり、現在治療中の病気はありますか？ ☐ にチェックを入れて下さい。			
☐ 糖尿病、境界型糖尿病、血糖が高い ☐ 脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)			
☐ 高血圧症 (血圧計： ☐ 持っている/ ☐ 持っていない)			
☐ 痛風・高尿酸血症 (痛風発作： ☐ あり/ ☐ なし)			
☐ 尿管結石 ☐ 心筋梗塞・狭心症			
☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ がん 部位()			
☐ ぜんそく ☐ 前立腺肥大 ☐ 緑内障 ☐ その他()			
現在継続して飲んでいるお薬はありますか？ ☐ にチェックを入れて下さい。 ☐ あ り ☐ な し ↓ ☐ お薬手帳あり ☐ アプリ ☐ お薬手帳なし 市販薬や他院での処方があればそちらもご記載ください。(サプリメント含む)			
喫煙 ☐ 吸う(本/日× 歳頃から) ☐ 吸わない ☐ 禁煙した(年前から それまでの喫煙(本/日× 年間)			
飲酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む(週 日) 酒の種類()・量()			
仕事の内容について教えてください(複数選択可)。 ☐ デスクワーク ☐ 立ち仕事 ☐ 肉体労働 ☐ その他()			
運動する習慣はありますか？ ☐ ない ☐ ある(週()回、1 回()分 運動内容 : (☐ 散歩 ☐ ジョギング ☐ ゴルフ ☐ その他(具体的に：)			
過去の体重について教えてください。 20 歳の体重：()kg 過去最高体重(妊娠中は除く)：()kg			

血のつながったご家族に次の病気の方はいいますか？いる場合は続柄を記入してください。

糖尿病(続柄：) 脂質異常症(続柄：) 高血圧(続柄：) 脳梗塞(続柄：)

脳出血(続柄：) 心筋梗塞・狭心症(続柄：) その他(病名： 続柄：)

※女性の方へ 妊娠、出産をされたことはありますか？□にチェックを入れて下さい。

☐ ない ☐ ある ()回

妊娠中に異常を指摘されたことはありますか？

☐ ない ☐ ある(具体的に：)

現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 妊娠中 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中)

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ □にチェックを入れて下さい。

☐ なし ☐ あり()

処方に対するご希望があれば教えてください。 □にチェックを入れて下さい。

☐ なし ☐ 高額な薬は使いたくない ☐ 薬の一包化希望(複数の薬を一袋にまとめる)

その他 ()

その他に困っていることや不安なことはありますか？

※ご協力ありがとうございました