

# 初めて診察を受けられる方へ(内科)

記入日 年 月 日

カガナ 生年月日 明大昭平 年 月 日  
お名前 性別 男・女 年齢 歳

ご住所 〒

TEL ( ) ご職業

身長 cm 体重 kg 体温 °C

1、いつから、どのような症状がありますか？

2、今までにかかった病気、あるいは今かかっている病気がありましたらチェックしてください。

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 心臓病  
肝臓病 消化性潰瘍 関節リウマチ 膠原病 甲状腺疾患  
輸血 その他 ( )

3、アレルギーはありますか？

なし アトピー 花粉症 喘息 薬( )  
その他 ( )

4、煙草は吸われますか？

吸わない 1日\_\_本\_\_歳から

5、アルコール類は飲まれますか？

飲まない たまに ときどき ほぼ毎日

6、(女性の方のみ) 妊娠歴は？

なし \_\_回妊娠 \_\_回出産 \_\_回流産

7、現在内服している薬はありますか？

なし ある ( )

8、血縁者で下記の病気の方がおられましたらチェックしてください。

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 心臓病  
肝臓病 消化性潰瘍 関節リウマチ 膠原病 甲状腺疾患

9、これからうける診療について、特に希望がありましたらお書きください。