

初めて診察を受けられる患者様へ

年 月 日

恐れ入りますが、ご記入下さい。

姓	名	生年月日
(フリガナ)		年 月 日生
御氏名		男・女
〒 ー		
御住所		
電話番号 (自宅・携帯) () ー		
どのように当院をお知りになりましたか		
・ご紹介 (ご紹介者名) ・通りすがり、看板を見て		
・インターネット：Yahoo・Google・その他()		
・雑誌 (雑誌名) ・その他 ()		

1. 本日はどのような症状で診察に来られましたか？症状のあるものを○で囲んでください

- ・胃腸の症状：胃痛 胸やけ 嘔吐 腹痛 下痢 便秘 お腹がはる 食欲がない
- ・身体の痛み：頭痛 肩こり 腰痛 関節痛 神経痛 こむらがえり
- ・胸部の症状：胸痛 息切れ どうき 脈の乱れ
- ・腎臓の症状：頻尿 排尿時痛 残尿感 血尿 尿が出にくい 手足のむくみ
- ・アレルギー：花粉症 じんましん 皮膚のかゆみ
- ・婦人科症状：生理不順 月経痛 月経前症候群 更年期障害(のぼせ・発汗)
- ・眼耳の症状：目の疲れ 目のかゆみ まぶたがはれる めまい 耳鳴
- ・睡眠の障害：眠れない すぐ目が覚める 睡眠時無呼吸症候群 いびき
- ・健診で異常を指摘された：高血圧症 脂質異常症 糖尿病 高尿酸血症 尿検査
- ・漢方診療を希望します
- ・上記以外の症状：

2. いつから症状が出てきましたか？

月 日 午前・午後 時ごろから 日前 週間前 年前
その他()

3. 今までに罹った、または現在治療中の病気はありますか？

4. 食べ物やお薬に過敏症(アレルギー)がありますか？

5. 今服用されているお薬・サプリメント・健康食品がありますか？

6. お酒やタバコを、たしなまれますか？

お酒：飲まない 時々飲む(月に 回、週に 回) 毎日飲む
タバコ：吸わない やめた(吸っていた期間は 年間、平均 本/日)
吸う(歳から 平均 本/日)

ありがとうございました