

# 初診時間診票

※ご記入いただいた内容は診察目的以外に使用することはありません

記載日 平成 年 月 日

*ふりがな		男 ・ 女	*生年月日			
*お名前			明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳)
*ご住所 〒			*電話番号	( )		
			携帯番号	( )		
勤務先 :			電話番号	( )		

## ※紹介状をお持ちの方は受付にお渡しください

①どのような症状で来院されましたか (複数ある場合はすべてをチェックしてください)

健診 (検診) にて異常を指摘 (内容を下記からチェックしてください)

高血圧  脂質異常症  糖尿病  心電図異常  不整脈

その他 ( )

胸痛  動悸  息苦しさ  2週間以上持続する咳

発熱 ( °C)  咳  痰  鼻水  咽頭痛  頭痛

腹痛  下痢  嘔気・嘔吐  便秘  めまい・立ちくらみ

その他 ( )

②上記の症状はいつ頃からですか

( ) 時間前から ( ) 日前から ( ) 週間前から ( )

ヶ月前から ( ) 年前から

③今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか

いいえ  はい⇒ ( )

④現在他院で通院治療中の病気はありますか

いいえ  はい⇒ (病名 : )

⑤現在服用中のお薬はありますか

いいえ  はい⇒ (薬剤名 : )

⑥今までにお薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか

いいえ  はい⇒ (薬剤、食品名 : )

⑦※女性の方に伺います

妊娠中ですか (  いいえ  はい ) 授乳中ですか (  いいえ  はい )

⑧ご来院のきっかけを教えてください

インターネット  ご家族・知人の紹介  病院・診療所の紹介  野立て看板

とおりがかりで知っていた  ワクチン (健診) などで来院したことがある

以前受診したことがある  その他 ( )

⑨その他ご質問があればお気軽にご記入ください



森内科 内科・循環器内科