やまさき内科クリニック

初めて当院にて診察される方へ

ふりがな		生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日 平成　　（　　才）
氏名			
住所	〒　　－	電話	ご自宅 携帯電話 勤務先

※下記の項目については診療上、大切なことですので必ずご記入下さい。

1	現在の症状は？	
	いつからですか？	
	どのような症状ですか？	
2	発熱はありますか？	あり（　　℃）　　なし
3	現在医師の治療を受けたり、服用しているお薬はありますか？	はい（薬名　　）　　いいえ
4	今までにかかった病気について○印をつけてください。 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 喘息 ・ アレルギー ・ 甲状腺疾患 ・ 肝臓病 ・ 胃腸病 ・ 心臓病 呼吸器病 ・ 腎臓病 ・ がん ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ その他（　　）	
5	以前に手術を受けたことがありますか？	はい　いつ頃（　　） 病名（　　）　　いいえ
6	以前に薬や注射、または食品でアレルギー（発疹・気分不良など）を起こしたことがありますか？	はい　お薬や食品の名前 （　　）　　いいえ
7	お酒・タバコはどれくらいですか？	１日の　お酒　　合、　ビール　　本、　たばこ　　本
8	血縁の方に病気があれば○印をつけてください。 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 喘息 ・ アレルギー ・ 甲状腺疾患 ・ 肝臓病 ・ 胃腸病 ・ 心臓病 呼吸器病 ・ 腎臓病 ・ がん ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ その他（　　）	
9	現在妊娠されていますか？ （女性の方のみご記入ください）	はい　　いいえ　　わからない 最終月経日（　　）

アンケート：今後のクリニック運営の参考にさせていただきますので、ご協力の程お願い致します。

A	ご趣味を教えてください。	（　　）
B	定期的なご購読雑誌などございましたら教えてください。	（　　）
C	当院を受診されたきっかけは何ですか？	① 他院からのご紹介　② ご家族・ご友人からのご紹介 ③ インターネットをみて　④ 当院の前を通りかかって ⑤ 駅の看板をみて　⑥ 電柱広告をみて ⑦ その他（　　）
D	☐ 当院からのお知らせ、季節のお便りなどの送付をご希望されない場合はチェックを入れてください。	