

平成 年 月 日

名 前	フリガナ	性別 男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日
	〒		<input type="checkbox"/> 自宅	
住 所			<input type="checkbox"/> 携帯	

1 今日は、どういった症状・ご相談で来院されましたか？（複数回答可）

- 発熱 せき たん 鼻水 のどの痛み 関節痛
息苦しさ 頭痛 認知症 禁煙外来 睡眠時無呼吸
健康診断で指摘（ その他（ ）

2 症状は、いつ頃からですか？

- 今日 昨日 2～3日前 4～5日前 約1週間前 その他（ ）

3 ペットを飼っていますか？

- はい → （ いいえ

4 現在、他の医療機関にかかられていますか？ 処方されているお薬があればご記入ください。

- いいえ はい → 医療機関名（ ） お薬（ ）
 ※市販のお薬もお書きください。

5 健康食品・サプリメントや漢方薬など、医療機関で出されたもの以外で飲んでいるものはありますか？

- いいえ はい → 名前（ ）

6 薬や注射・食べ物などで、じんま疹や気分が悪くなったことはありますか？

- いいえ はい → 原因（ ）

7 以下の病気になったり、健康診断などで指摘されたりしたことがありますか？（複数回答可）

- 喘息（小児喘息・咳喘息含む） 花粉症（原因物質： アレルギー（原因物質： ）
COPD（肺気腫） 高血圧 高コレステロール血症 糖尿病
結核（助膜） がん（場所： その他（ 特になし

8 1年以内に入院されたことはありますか？

- いいえ はい → 病名（ ） 入院期間（平成 年 月 ～ 年 月）

9 たばこを吸いますか？

- いいえ
以前はあり（1日平均（ ）本程度を（ ）年くらい（ ）歳頃・年前に禁煙）
はい → 1日平均（ ）本程度喫煙歴（ ）年くらい

10 お酒を飲みますか？

- 全く飲まない 週1回以下 週に数回 毎日のように飲む → 量と種類（ ）

11 あなたの血縁の方で、下記の病気になられた方はおられますか？（複数回答可）

- 喘息（小児喘息・咳喘息含む） 花粉症（原因物質： アレルギー（原因物質： ）
COPD（肺気腫） 高血圧 高コレステロール血症 糖尿病
結核（助膜） がん（場所： その他（ 特になし

12 女性の方にお伺いします。

現在 妊娠中、または授乳中ですか？

- いいえ はい → 妊娠中（ 週） ・ 授乳 わからない

13 ジェネリック医薬品を希望します※お薬によっては、ジェネリック医薬品がないものもあります。

- はい いいえ どちらでもよい

14 どのようにして当院をお知りになりましたか？（複数回答可）

- 紹介 → どなたですか？（ 看板 → 当院前・屋外看板・藤崎駅・バスセンター・電柱・消火栓
インターネット（検索キーワード： HPを見て 近所 その他（ ）