

はじめて来院された方へ

No. _____

以下は診察に必要ですので、ご協力ください。

当クリニックでの個人情報の取り扱いについては、受付の掲示をご覧ください。

年 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生	歳
お名前	様		被保険者名(世帯主名)	被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒			電話番号			
				携帯電話等			

- あなたの具合がわるい所はどこですか？
()
- いつ頃からですか？
()日前より ()月前より ()年前より
- 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？
ない ある (どんな症状でしたか))
- 今までにどのような病気にかかったことがありますか？
特にない ある (高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、リウマチ、ぜんそく、
鼻炎、感冒、その他))
- 現在治療中の病気はありますか？
ない ある (病名) (治療薬))
- ご家族で病気の方はいますか？
ない ある (どんな病気ですか))
- たばこは吸いますか？
いいえ はい (1日 _____ 本 × _____ 年間)
- お酒は飲みますか？
いいえ はい (毎日、週 _____ 回、 たまに)
- 女性の方にうかがいます。
・妊娠していますか？ いいえ はい (_____ ヶ月) 可能性あり
・現在授乳中ですか？ いいえ はい
- 適正な医療行為を妨げたり、他の患者さんの診療を妨げる場合は、診療をお断りすることがございます。ご了承いただけますか？
はい いいえ
- 田中クリニックでは、個人情報保護指針に基づき、年齢、疾患、性別、検査データを匿名化し学会等での論文発表に利用することがあります。ご了承いただけますか？
はい いいえ



医療法人社団 佐介会
田中クリニック
内科・呼吸器内科・アレルギー科