はじめて来院された方へ

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

平成　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日生
お名前				
ご住所	〒		電話	－

身長　　cm，体重　　kg

1．**あなたは，どのようなことでおいでになりましたか？**
（例：お腹が痛い，咳がひどい，熱がある……等の症状など）

（　　）

・それは，いつ頃ですか？　（　　日から）（　　日前ごろから）

2．**いままでに病気をしたことがありますか？**
はい（病名は：　　）　いいえ

3．**血圧が高いといわれたことがありますか？**
はい　いいえ

4．**尿に糖がでたことがありますか？**
はい　いいえ

5．**毎日の生活についておたずねします**
・夜はよく眠れますか　はい　いいえ
・尿は１日何回ですか　（　　回位）
・便は１日何回ですか　（　　回位）（　　日に１回）
・アルコールはのみますか？　はい　いいえ
・タバコは吸いますか？　はい　いいえ
・食事は規則正しく１日３回食べていますか？
はい　ときどき　いいえ

6．**今まで薬をのんだり，注射をうけたあとで気分が悪くなったり，**
体にかゆみやボツボツがでたことがありますか？
はい　いいえ

7．**輸血や手術を受けたことがありますか？**
はい　いいえ

富　田　医　院