

ID: \_\_\_\_\_ 記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年	(明・大・昭・平・令)	年齢
お名前		男・女	月日	年 月 日	( 歳)
住所	〒 _____				
電話		携帯			

体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

- ① 本日はどのような症状で受診されましたか ( )  
 \* 健診で指摘された  いいえ  はい
- ② 症状はいつ頃からありますか？
- ③ どれくらいの頻度で症状がでますか？  持続的  時々  一度だけ  無症状  その他 ( )
- ④ その症状はどのような時に悪くなりますか？  季節  天候  時間帯  体勢  月経周期  
 その他 ( )
- ⑤ すでに検査や治療は受けましたか？  いいえ  はい  
 はい → ( 他の医療機関を受診・市販薬を利用 )
- ⑥ 治療中、もしくは今までかかった病気や受けた治療などはありますか？  
 がん(部位: \_\_\_\_\_) 心臓病・不整脈・高血圧 / 糖尿病 / 腎臓病 / 肝臓病  
 胃十二指腸潰瘍 / 脳梗塞・脳出血 / リウマチ / 甲状腺疾患 / 喘息・蕁麻疹・花粉症・アトピー  
 緑内障・白内障・その他眼科疾患 ( \_\_\_\_\_ ) 貧血 / 高脂血症 / 結核・肺炎 / 骨折  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑦ 現在、治療中の病気はありますか？  
 ( 病名: \_\_\_\_\_ )  
 ( どの病院で治療を受けていますか？ \_\_\_\_\_ )
- ⑧ 現在、服用中のお薬はありますか？  
 他院の薬 : ない ある ( どの病院のお薬ですか？ \_\_\_\_\_ )  
 ナプリメント等 : ない ある ( 名前 \_\_\_\_\_ )  
 市販の薬 : ない ある ( 名前 \_\_\_\_\_ )  
 ★ 他院の薬がある方は内容の記入をお願いします。お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。
- 
- ⑨ ご家族に同様の症状の方はいらっしゃいますか？  いいえ  はい → どなたですか？ ( )
- ⑩ 薬物・食べ物・ハウスダストなどのアレルギーはありますか？  
 ない  ある → ( \_\_\_\_\_ )
- ⑪ タバコは吸われますか？  
 吸わない  吸う ( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳から )  やめた ( いつ頃: \_\_\_\_\_ )
- ⑫ アルコール  飲まない  飲む → ( \_\_\_\_\_ 日/週・付き合い程度 ) ( 1日あたり: 種類 \_\_\_\_\_ 本・合・缶・ml )
- ⑬ 造影剤を使用されたことはありますか？  いいえ  はい
- ⑭ 手術や輸血の経験はありますか？  いいえ  はい
- ⑮ 1か月以内に渡航しましたか？  
 いいえ  はい ( 国名 \_\_\_\_\_ / 期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 )
- ⑯ 女性の方へおたずねします。現在妊娠(可能性を含む)・授乳をされていますか？  いいえ  はい
- \* コーラルメディカルクリニックをどのようにお知りになりましたか？  
 他院からの紹介  ホームページ  知人からの紹介  看板・広告を見て  家・職場が近い  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )