

ふりがな	生年月日(大・昭・平・令)	年	月	日
氏名	年齢	歳	性別	男・女
住所 (〒)	マンションなど建物名もお願いいたします			
電話番号 緊急連絡が必要な場合があるため、全てお書きください				
☆自宅 ()	☆携帯電話 ()			
※ 緊急連絡番号 () → 続柄 (配偶者・親・子・親類・同居者・その他:)				

今現在の 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg) この数か月で(太ってきた・痩せてきた・変わらない)

ご職業(_____ ・ 現在は無職) 仕事で体を使いますか? → デスクワーク・まあまあ使う・かなり使う

1. 紹介状はありますか?(ない・ある → 豊田厚生・トヨタ記念・その他病院名 →)

2. 本日はどうなさいましたか? ※あてはまるものに○をつけ、下に受診理由を具体的に詳しくお書きください

健診異常・糖尿病・甲状腺・高血圧・脂質・尿酸(痛風)・花粉症・体調不良・その他(_____)

困っていること、受診理由を詳しく書いてください→(_____)

現在通院している病院から変わりたい(はい・いいえ・考え中・通院しているところはない)

3. その症状・病気はいつからですか? (_____)(時間・日・月・年)前から

4. 普段から飲んでいる薬はありますか?(ない・ある→薬品名: _____)

5. 今までに病気、手術、外傷などがありますか? ぜんそく・高血圧・糖尿病・高脂血症・脳梗塞・肝炎・
心臓病・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・結核・癌(場所: _____)・その他(_____)

6. アレルギー・特異体質と言われたことがありますか?(ない・ある → 花粉症・その他 _____)

7. 飲み薬、注射薬で具合が悪くなったことはありますか?(ない・ある→薬品名: _____)

8. 血縁者に次の病気がありますか? 糖尿病・甲状腺・高血圧・高脂血症・肝炎・癌・肥満・その他(_____)

9. たばこ: 吸わない・吸う (1日に _____ 本、約 _____ 年間) 昔吸っていた(_____ 年前に禁煙→それまで _____ 本/日吸ってた)

アルコール: 飲まない・飲む(種類: _____ 、量: 1日 _____ ml)(毎日・週に1~3回・月に1~3回)

10. 女性の方にうかがいます。前回の生理(最終月経)はいつでしたか?(_____ 月 _____ 日頃・すでに閉経)

現在生理中ですか?(いいえ・はい) 現在妊娠していますか?(いいえ・はい・可能性は0ではない)

11. 当院はどこでお知りになりましたか?

知人・インターネット(ホームページやSNS)で探した・会社の産業医から・その他(_____)

12. あなたが当クリニックで望むことは何ですか? あなたにとって重要なことを3つほど選んでください

①しっかりした説明 ②丁寧な診察 ③待ち時間が短い ④先生との相性 ⑤スタッフが優しい

⑥しっかり検査を受けたい ⑦その他(_____)

13. マイナ保険証を利用する場合の診療情報取得について 同意する

14. その他 ご質問、ご相談、伝えておきたいことを詳しくお書きください