



# はじめて（久しぶりに）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。  
わからない点については窓口でお聞きください。



ご記入日 令和 年 月 日 カルテ ID ( ) 日新堂医院

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和		
お名前			年 月 日 ( 歳)		
ご住所	〒	連絡先	自宅		
			携帯		
		被保険者との続柄			

\*おわかりになる範囲での記入をお願いします

今日はどうされましたか	かぜの症状	熱がある ( )℃	せきが出る	のどが痛い	たんがでる		
		鼻水がでる	頭が痛い	体がだるい	関節痛がある	ゼーゼーする	
	おなかの症状	吐き気がある	吐いた	下痢をしている	便が出ない	おなかが痛い	
	心臓の症状	胸が痛い	胸が圧迫される	動悸がする	脈が乱れる	胸苦しい	
	その他の症状						
	症状はいつごろからですか				頃より		
	その他の診察	健康診断	禁煙治療	睡眠時無呼吸の検査	健康相談		
現在治療中の病気はありますか	ある	高血圧	心疾患(不整脈)	糖尿病	高脂血症	痛風	
	ない	脳疾患	肝臓病	腎臓病	前立腺肥大症	緑内障	
		その他					
飲んでいるお薬はありますか	ある				*お薬手帳をお持ちの方は後でお見せください		
	ない						
お薬や食品でアレルギーはありますか	ある	薬品名					
	ない	食品名					
これまでにかかった病気があれば記入してください							
手術を受けたことはありますか	ある ない	いつ頃	どのような手術ですか				
輸血を受けたことはありますか	ある ない	いつ頃					
生活習慣について	タバコ	吸わない	吸っていた	吸っている	本/日	才から	才まで
	アルコール	飲む	ビール	焼酎	杯/日	毎日	週に数回
	飲まない	日本酒	その他		月に数回	ときどき	
女性の方へ	妊娠中	( )か月	妊娠の可能性あり		授乳中		
その他質問があればお書きください							