

初めて来院された方へ（予診票）

【記入日： 年 月 日】

ふりがな	男 ・ 女
お名前	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
ご住所	室蘭市・登別市・伊達市
自宅電話 ( ) — / 携帯電話 ( ) —	
※連絡が付きやすい方に○をつけてください 自宅電話 ・ 携帯電話	
勤務先（職種）または学校名	

★今回の受診のきっかけになったものに○をつけてください

- ①家族・友人・知人からのすすめ      ②当院の(看板 / 広告 / ホームページ)を見て
- ③学校や職場からのすすめ      ④他院からの紹介(医療機関名: )
- ⑤その他 ( )

1. いつから、どんな時に、どのような症状があるか、具体的に記入してください

いつから

.....

.....

どんな時に

.....

.....

どのような症状

.....

.....

.....

裏面もご記入ください

2. 次の病気をしたことがありますか？

- ( ) 高血圧                      ( ) 高脂血症                      ( ) 糖尿病                      ( ) 緑内障  
( ) 前立腺肥大症                      ( ) 心臓疾患                      ( ) 腸閉塞

それ以外の病気の経験がありますか？（身体的、精神的な病気いずれも）

病名..... ( ) 歳) 医療機関名.....

病名..... ( ) 歳) 医療機関名.....

病名..... ( ) 歳) 医療機関名.....

病名..... ( ) 歳) 医療機関名.....

病名..... ( ) 歳) 医療機関名.....

3. 現在の状況についてお聞かせください

- お酒を飲みますか    はい..... • いいえ

種類..... 週..... 回程度    一日に..... mLくらい

- タバコを吸いますか    はい..... • いいえ..... やめた(..... 年前)

タバコを吸う(吸っていた)量    1日の本数..... 本    吸った年数..... 年

- 車の運転    する..... • しない

- 食べ物や薬で、気分が悪くなったり、じんましんが出たことはありますか？

ある(.....) • ない

- 現在、どなたとお暮らしですか？.....

- (女性のみ) 現在、妊娠していますか？

はい(..... カ月) • いいえ