

No. _____ (初めて来院された方へ)

ご記入よろしくお願いたします。

(医療法人) たけだクリニック

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平 年 月	年齢	歳
住所	〒	お電話	() -

◎本日はどうなさいましたか？ (どのような症状ですか？心配なことは何ですか？)
()

◎いつ頃からはじまりましたか？ ()

◎他の医療機関を受診したか、或いは服用している薬 (市販品も含めて) はありますか？

はい・いいえ

病院名 () 薬 ()

◎現在、他の病気などで医療機関を通院中ですか？

はい・いいえ

病院名 ()

◎過去に以下の病気等にかかったことはありますか？

はい・いいえ

- 脳、神経疾患 呼吸器疾患 高血圧症、心臓病 胃腸疾患
肝臓疾患 腎臓、泌尿器疾患 貧血、血液疾患 高脂血症 糖尿病
リウマチなどの膠原病 心身症、不眠、うつなど
アレルギー疾患 (気管支喘息 アレルギー性鼻炎、花粉症 アトピー性皮膚炎)
その他 ()

☆当クリニックに来院した、或いは知ったきっかけは？

- 他の方 (家族や知人など) に聞いて 医療機関、薬局などの紹介や勧めで
広告などを見て (看板 電話帳 インターネット)
通りがかり その他 ()

☆交通手段は？ 自動車 自転車・バイク 徒歩 電車・バス・タクシーなど
誰かに連れてきてもらった

☆かかりつけ薬局はありますか？ はい・いいえ

薬局名 ()

☆何人家族ですか？ (現在同居している人数) ()人