医療法人 桜来会

きむらクリニック 小児科 乳腺科 初診表 【大人用】

ふりがな		
氏　名		（ 男 ・ 女 ）
生年月日	年　月　日生（　歳）	
住　所		
電話番号	自宅	携帯
メールアドレス		
当院を何でお知りになりましたか ☐ 知人の紹介 ☐ ホームページ ☐ その他のインターネット ☐ その他（　）		

1. 本日、どのような症状で受診されましたか
   - 風邪のような症状：☐ 発熱（　℃） ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ せき ☐ 頭痛
   - お腹の症状： ☐ 腹痛 ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 食欲不振 ☐胃もたれ
   - アレルギー： ☐ 喘息 ☐ 湿疹 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 花粉症
   - 生活習慣病： ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病
   - その他： ☐ 予防接種希望 ☐ 健診希望
   （　）
2. その症状はいつごろからありますか
   ☐ 今日 ☐ 昨日 ☐ 2〜3 日前 ☐ 1 週間前 ☐ その他（　）
3. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックしてください。
   ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ がん
   ☐ その他（病名：　）
4. 今までに手術の経験はありますか
   ☐ なし ☐ あり（　）年　病名（　）病院名（　）
   （　）年　病名（　）病院名（　）
5. ご家族にがんの方はありますか
   ☐ はい （続柄と病名：　）
   ☐ いいえ
6. 現在、飲んでいるお薬はありますか
   ☐ はい （薬剤名：　）
   ☆お薬手帳をお持ちでしたらご一緒に提示をお願いします。
   ☐ いいえ
7. お薬のアレルギーはありますか
   ☐ はい （薬剤名：　）
   ☐ いいえ
8. 食物アレルギーはありますか
   ☐ はい （食品名：　）
   ☐ いいえ
9. たばこ： ☐ 吸わない ☐ 吸う（1 日　本　約　年間）
10. アルコール： ☐ 飲まない ☐ 飲む（☐ 毎日/ほぼ毎日 ☐ 3-5 日/週 ☐ 1-2 日/週 ☐ 機会飲酒）
11. 【女性の方に伺います】
   - 現在、妊娠中ですか
     ☐ はい 妊娠（　）週 / 出産予定日（　）年（　）月
     ☐ いいえ ☐ 分からない
   - 出産歴がある方 出産（　）人 / 最終出産 （　）年（　）月
   - 現在、授乳中ですか ☐はい ☐いいえ

ご記入ありがとうございました。 ※保険証・医療証は確認のため、コピーさせていただいてます。