## ふなもとクリニック はじめて診察を受けられる方へ



F. SEE	######################################			TO THE TOTAL
(1)	今日はどのようなことで来院されましたか?			
	いつ頃から	現在の	体温	°C
	発熱、咳、痰、鼻水、咽頭痛、頭痛、腹痛、	下痢、便和	必、嘔吐、胸	痛、動悸、
	関節痛、いびき、健康診断(希望・再検査)、	禁煙相談	&、ED 相談	
	その他			
(2)	アレルギーはありますか?			
	花粉症・アトピー・喘息・ジンマシン(原因:食	き物、金属	、その他	)
(3)	注射や薬で副作用が出たことがあります	ナか?		
	いいえ ・ はい (具体的に:			)
(4)	今までにかかった病気や受けた手術を	お書きくだ	<b>ごさい。</b>	
(5)	御家族で、何か病気の方はおられます。	か?		
	ガン(部位: )、糖尿病、高血圧、高脂	血症、その	の他	
(6)	現在服用中の薬や健康食品はあります	か?		
	ビタミン、漢方薬、健康食品 (具体的に:			)
(7)	嗜好について			
	タバコ なし・喫煙中( 本/日*	歳から)	·禁煙した(	歳で)
-	飲酒 なし・あり(ビール・ワイン・焼酎・ウィスキー	-を	ml/日*	回/週)
(8)	現在の身長と体重は?( cm/	•	kg)	
(9)	現在妊娠中またはその可能性がありま	すか?		
	はい(ケ月)・いいえ・ わからない	/	閉経	歳頃
(10)	今までに受けた予防接種とかかった病	気に〇を	してください	, <b>\</b> _0
	ポリオ・BCG・麻疹・風疹・三種混合・二種混	昆合∙日本	脳炎・みずに	<b>ぎうそう</b>
	おたふくかぜ・B型肝炎・その他( )/ <u>そ</u>	の際に合作	并症(あった・)	<u>なかった)</u>
(11)	今日はどなたかの御紹介ですか?			
	いいえ・ はい ( 様	/		先生)
_				
•	他異常なことがあった方は必ず申し出て下さい	•		
<u>住所</u>		電話番号		
氏名		令和	年	月 日