

# 初診時間診票

受診日： 年 月 日

ふりがな	生年月日	年齢
氏名	昭和・平成 年 月 日	( 歳)
住所 〒		

## ■今回受診された理由

症状

経過

頃から 症状がある。

## ■アレルギーの有無

食べ物： なし ・ あり 例： カニ、エビ  
( )

薬： なし ・ あり 例： ピリン系、造影剤  
( )

## ■治療中の病気

なし

あり  
前立腺肥大、緑内障、気管支喘息、高血圧  
その他( )  
( )歳から治療中

## ■飲んでいる薬

なし  
あり  
( )

## ■入院したこと

なし

あり： 急性虫垂炎、脳梗塞、胃がん  
大腸がん、大腸ポリープ  
その他( )  
( )歳の時

## ■健診などで疑われた病気

なし

あり： 糖尿病、高脂血症、高尿酸血症  
高血圧、その他( )  
( )歳ごろから健診などで言われていた。

## ■妊娠の有無(女性の方)

なし

あり、不明

## ■かかりつけの病院はありますか？

なし

あり： 病院名：  
主治医名：  
病名：

## ■喫煙しますか？

なし

あり： 本 / 1 日  
年数( )歳から( )歳まで

## ■飲酒しますか？

なし

あり： ビール、日本酒、焼酎、その他  
毎日： 杯 ( )歳から

## ■家族(父母、兄弟などのつながった方)に 下記のような病気の方はいますか？

高血圧、糖尿病、心臓病、脳梗塞、喘息  
がん(大腸、胃、乳房) その他( )

身長： cm

体重： 現在 kg 20歳ごろ kg